VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 136)
z dnia 25 czerwca 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 136)

25 czerwca 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– „Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2013" oraz przyjęty przez Radę Ministrów Harmonogram zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" w roku 2014 i 2015 (druk nr 2483).

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Andrzej Śliwczyński** naczelnik wydziału w Departamencie Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Hanna Hawrylik** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Marzanna Bieńkowska** kierownik zespołu w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie", dr hab. n. med. **Romuald Krajewski** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, dr **Grzegorz Kucharewicz** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. n. med. **Anna Nasiłowska-Guttmejer** prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów, **Krzysztof Kurek** ekspert Pracodawców RP, dr n. med. **Janusz Meder** prezes Zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, senator **Alicja Chybicka** oraz lobbystka **Adrianna Tomasik** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry.

Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Witam panie i panów posłów, witam pana ministra ze współpracownikami, również z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Witam wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, czy są uwagi do dzisiejszego porządku obrad.

Nie widzę zgłoszeń.

W takim razie, stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty.

Panie ministrze, oddaję panu głos, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie.

Panie przewodniczący, proszę przyjąć moje przeprosiny za spóźnienie, ale okazało się, że remont Sejmu i moja słaba znajomość wąskich ścieżek i skrótów spowodowały ten nietakt wobec Wysokiej Komisji.

Jeszcze raz przepraszam za moje ciągle jeszcze niedoskonałe doświadczenie parlamentarne poruszania się na terenie Sejmu.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, dzisiaj mam przyjemność zaprezentować sprawozdanie na temat realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowo-

tworowych" w roku 2013. Spodziewam się, oczywiście, rozbudowanej dyskusji i nieco uprzedzając, chciałbym zaproponować, byśmy tę część dyskusji, która dotyczy pakietu onkologicznego czy innych ustaw, przenieść na czas procedowania tych ustaw, bo – rozumiem – one już są elementem planowania prac Komisji i kolejnych spotkań. Zatem, moje dzisiejsze wystąpienie dotyczy wyłącznie „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" i jego realizacji w roku 2013.

Jak wszyscy wiemy, jest to program interwencyjny, wspomagający działania w zakresie onkologii, którego umocowanie stanowi ustawa przyjęta przez Wysoką Izbę. Zgodnie z tą ustawą, planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w programie, nie mogą być mniejsze niż 250 mln zł rocznie a nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania nowotworów, czyli profilaktyki, muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10% kwoty wydatkowanej na realizację programu każdorocznie.

W roku 2013 zaplanowano właśnie środki w wysokości 250 mln zł rocznie z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym blisko 190 mln zł stanowiły środki majątkowe a ponad 60 mln zł – środki bieżące. Na profilaktykę przeznaczono 49,8 mln zł (blisko 50 mln zł) z budżetu Ministra Zdrowia, nie licząc środków, które przeznaczył Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację programów profilaktycznych w dziedzinie onkologii. Czyli, kwoty te dotyczą wyłącznie wydatkowania środków rozdysponowanych przez Ministra Zdrowia z budżetu Ministra Zdrowia a nie środków, które znajdują się w budżetach oddziałów wojewódzkich NFZ.

Badania profilaktyczne raka piersi, finansowane w roku 2013 przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to łączna kwota 95,6 mln zł we wszystkich oddziałach wojewódzkich, natomiast badania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy to kwota ponad 36 mln zł. To dodatkowe środki do tych 250 mln zł, o których wspomniałem, z budżetu Ministra Zdrowia.

Efekty realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Jak wszyscy wiemy, budujemy strategię poprawiania zgłaszalności pacjentek do programu, mamy bowiem olbrzymią trudność w pozyskiwaniu świadomości społecznej. Pomimo kolejnych edycji i coraz silniejszego nagłaśniania akcji profilaktycznych informowania społeczności na poziomie lokalnym, zaangażowania lokalnych mass mediów, ciągle zgłaszalność do programów jest niska, jakkolwiek wyraźna jest tendencja wzrostowa w poszczególnych latach.

W ramach publicznej opieki zdrowotnej istnieją różne ścieżki, na których można wykonać badania cytologiczne albo badania mammograficzne. Jedną z nich jest wykonanie badania profilaktycznego w ramach narodowego programu, ale równolegle badania te są zlecane przez lekarzy poradni specjalistycznych, czyli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na podstawie skierowania i te nie są finansowane ze źródeł programu. Stąd w sprawozdaniach Ministra Zdrowia zawsze pojawiają się dwie dane a mianowicie – wysokość czy wielkość zrealizowanych badań, próg zgłaszalności oceniany na poziomie wyłącznie badań realizowanych w ramach przesiewowego i jego finansowania oraz kwota łączna, która wynika z zsumowania liczby badań wykonanych w ramach programu narodowego oraz działań poradni specjalistycznych. Jak wszyscy wiemy, słabością tej ostatniej danej statystycznej jest brak ujęcia sumarycznego badań wykonywanych poza publicznym systemem opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków własnych pacjentek, albowiem poradnie prywatne – a poradnie ginekologicznie w dużej części funkcjonują na rynku prywatnym – nie mają obowiązku raportowania wykonywania badań cytologicznych u pacjentek. Niemniej jednak zgłaszalność (ta dodana) jest mniej więcej dwukrotnie większa niż ilość badań wykonywanych w programie. I tak, w roku 2012 zgłaszalność na badania cytologiczne wynosiła 35,7% a w roku 2013 – 44%.

Jeżeli mówimy o badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, warto powiedzieć, że w roku 2006 objęto badaniami zaledwie 12,7% populacji, w roku 2007 – 21%, w 2008 r. – 24%, w 2009 r. – niespełna 27%, w roku 2010 – już pełne 27%, w 2011, itd. Czyli, widać, że tendencja jest wzrostowa, przy czym – przypominam – po dodaniu badań wykonanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej te wskaźniki są blisko dwukrotnie większe.

Za rok 2013 – dokładnie 44,1% populacji docelowo zaplanowanej do przebadania. A zatem, możemy powiedzieć, iż mimo tego, że ten poziom jest ciągle niedoskonały

(bo dążymy do osiągnięcia poziomu krajów skandynawskich, szczególnie Finlandii, gdzie zgłaszalność jest na poziomie 80, a w niektórych powiatach – 90%) to w zestawieniu z tą daną 44% to i tak dalece odległy wynik od naszych aspiracji i oczekiwań, ale warto powiedzieć, że zaczynaliśmy od poziomu 12% w 2006. Wydaje się więc, że ten efekt populacyjny jest coraz lepszy.

Warto dodać w tym miejscu, że od roku 2013 zwiększono dostępność do badań poprzez zmianę systemu kontraktowania badań cytologicznych. Zaproponowaliśmy w roku 2012 modyfikację w sposobie realizacji programu, która polegała na dopuszczeniu do kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia położnych, samodzielnie, bez porady lekarskiej. To weszło w życie od końca listopada 2013 r. czyli, możemy powiedzieć, że od roku 2014 a zatem efekty liczbowe tej zmiany będzie my mogli przedstawić Wysokiej Izbie do końca lutego, około 40 położnych zawarło taki kontrakt z NFZ. Ta liczba wzrasta a zatem spodziewamy się, że w roku 2014 będziemy odnotowywać kolejne efekty pod postacią wzrostu liczby przebadanych pacjentek z populacji docelowej, dzięki temu, że położne mogą kontraktować swoje usługi niezależnie od lekarzy ginekologów.

Należy także zwrócić uwagę na fakt, że liczba badań cytologicznych, które wykonuje się w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy, stopniowo maleje. Równocześnie towarzyszy temu wzrost liczby badań wykonywanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, co jest wynikiem zróżnicowania wyceny. Na tym etapie warto też powiedzieć, że przy projektowaniu sposobu wykonania programów w kolejnych latach ministerstwo zwróciło szczególną uwagę na to, by dotrzeć do populacji docelowej.

Najbardziej zagrożoną populacją wystąpienia choroby są głównie mieszkanki małych miasteczek, osoby dotknięte wykluczeniem społecznym, szczególnie populacja z niższym poziomem wykształcenia i zamieszkała w mniejszych miejscowościach, ryzyko wystąpienia choroby jest w tej populacji większe a, jednocześnie, maleje deklarowana i faktyczna wola przystąpienia do akcji profilaktycznych i poddania się badaniu profilaktycznemu. Dlatego ministerstwo podejmuje różnego rodzaju badania, po pierwsze – przez zawiązywanie koalicji w środowiskach lokalnych, które robią wojewódzkie ośrodki koordynujące i z instytucjami wyznaniowymi, z lokalnymi mediami, z grupami Amazonek i z różnego rodzaju oddolnymi grupami społecznymi, które przekazują, przede wszystkim pozytywny obraz i wagę badań profilaktycznych.

Stosowany jest również system różnego rodzaju zachęt czy wręcz niekonwencjonalnych metod promowania udziału w tego typu akcjach profilaktycznych. Na przykład, pacjentki otrzymują atrakcyjne dla nich gadżety pod postacią szminek czy różnego rodzaju drobnych upominków, jak parasolki, które są kolejnym elementem zwiększającym prawdopodobieństwo skorzystania z akcji profilaktycznej. Wprawdzie te działania w niektórych powiatach miały formę taką, że pacjentki otrzymywały te prezenty niezależnie od przystąpienia do badania profilaktycznego, w ramach promocji programu to – na podstawie porównań doświadczeń różnych powiatów – wydaje się, że bardziej skuteczną metodą jest jednak uzależnianie otrzymania takiego prezentu od wzięcia faktycznie udziału w takim badaniu przesiewowym.

W przypadku mammografii, tak jak w przypadku cytologii, kiedy zsumujemy badania wykonane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, wynik zgłaszalności jest na poziomie wyższym niż wskazywane w samym programie. W roku 2012 zgłaszalność na badania mammograficzne wynosiła prawie 47%, w roku 2013 było to 47,2% (a zatem więcej), w roku 2006 było to 23%, w 2007 r. – 38%, a następnie te liczby w różnych latach, z różnym efektem wzrastały. Dzisiaj jest to 47% czyli poziom zgłaszalności także nie jest satysfakcjonujący, ale z zadowoleniem odnotowujemy wzrastającą liczbę osób, które są przebadane w tym programie.

Podobnie jak w przypadku badań cytologicznych, Ministerstwo Zdrowia, niestety, nie dysponuje danymi dotyczącymi liczby badań mammograficznych wykonywanych poza publicznym systemem opieki zdrowotnej. Należy więc mieć na uwadze fakt, że zgłaszalność na badania mammograficzne, podobnie jak cytologiczne, w rzeczywistości jest wyższa niż wskazane 47,18%. Jednak, biorąc pod uwagę efekt populacyjny i czynniki ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej, nie ulega wątpliwości, że tu największe znaczenie ma objęcie jak największej populacji świadczeniami z zakresu publicznej opieki

zdrowotnej, z tendencją do zwiększenia aktywności placówek opieki zdrowotnej i programów w obszarach największego ryzyka wystąpienia choroby, czyli z uwzględnieniem zróżnicowania społecznego, ekonomicznego i demograficznego populacji.

W roku 2013 program badań przesiewowych do wczesnego wykrywania raka jelita grubego był realizowany przez 92 realizatorów wybranych w procedurze konkursowej, przeprowadzonej w roku 2012 na lata 2012 i 2013. W ramach tego programu wykonano łącznie 42.700 badań kolonoskopowych. Liczba badań wykonywanych w poszczególnych latach programu także wzrastała. W roku 2006 było to 32.350 badań, w roku 2007 – 39 tys. badań, i tak doszliśmy do roku 2013, kiedy wykonano 42700 badań. To są badania przesiewowe, a zatem nie wszystkie badania kolonoskopowe wykonywane w Polsce. Ten system się rozwija i bez wątpienia podejście strategiczne do badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego wymaga w przyszłości dalszego rozwoju. Bez wątpienia jest to choroba populacyjna, na którą zapadalność będzie rosła, co wynika z przyczyn przede wszystkim demograficznych.

Zaletą wykonywanej kolonoskopii jest także możliwość jednoczasowego usuwania polipów jelita grubego, które uznawane są za stany prekursorowe dla raka jelita grubego. Dzięki temu kolonoskopia przesiewowa zapewnia nie tylko spadek umieralności, ale na raka jelita grubego dzięki możliwości wykrywania wczesnych stadiów raka, ale także spadek zapalności, czyli liczby nowych raków w przyszłości, dzięki usuwaniu polipów.

W ramach realizacji zadania „Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości”, wzrasta liczba finansowanych zakupów endoprotez dla dzieci z nowotworami kości, w celu zastosowania leczenia oszczędzającego. Realizacja zadania poprawiła w sposób istotny jakość życia pacjentów, pozwoliła na rozwiązanie poważnego problemu społecznego i terapeutycznego w skali kraju. Liczba zakupionych endoprotez onkologicznych dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia, które są leczone z powodów nowotworów złośliwych kości w latach 2006-2013, to blisko 250 endoprotez, w tym – w roku 2013 zakupiono i wszczepiono 22 endoprotezy. To, oczywiście, są choroby rzadkie. Te liczby być może wydają się posłom niskie, ale pamiętajmy o tym, że złośliwe guzy nowotworowe kości to na szczęście rzadka choroba a koszty endoprotez są niewiarygodnie wysokie. Jedna endoproteza kosztuje pomiędzy 80 a 150 tys. zł, są to więc koszty, które są wręcz niemożliwe do rozliczenia w ramach świadczeń typowego systemu rozliczania z płatnikiem narodowym, w ramach systemu JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów) i, oczywiście, przekracza możliwości finansowania poszczególnych osób.

Sporą częścią programu narodowego są programy inwestycyjne, których celem jest doprowadzenie do stopniowego wzrostu jakości diagnostyki chorób nowotworowych w Polsce poprzez zwiększanie, po pierwsze – dostępności a, po drugie – jakości sprzętu stosowanego w diagnostyce a, przede wszystkim, wymienianie starego sprzętu, który jest już mocno wyeksploatowany i dokonywania strategicznych zakupów aparatury służącej do wczesnego wykrywania nowotworów. W ramach tego celu, w roku 2014 zaplanowano zakup Gamma-Kamer SPECT/CT. Realizacja programu pozwoli na poprawę współczynnika liczby pełnoprofilowych, nowoczesnych aparatów. Obecnie w Polsce, przekraczając liczbę aparatów eksploatowanych nie dłużej niż dziesięć lat na liczbę mieszkańców, współczynnik ten wynosi mniej więcej 1,6 gamma-kamery na 1 mln mieszkańców, natomiast w państwach europejskich przypada średnio 10 gamma-kamer na 1 mln mieszkańców.

Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce, doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii, to kolejny dział realizacji narodowego programu. Zgodnie z wytycznymi i postulatami konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, dzięki wysiłkom programu i dotychczasowej realizacji programu, w ostatnich latach nastąpił w Polsce istotny postęp w zakresie radioterapii. A mianowicie, po pierwsze, zwiększyła się liczba chorych korzystających z tej metody leczenia – liczba osób napromienianych wzrosła z około 40 tys. w roku 1999 do 82 tys. w roku 2013.

Po drugie, skrócił się czas oczekiwania chorych na rozpoczęcie leczenia. Było to wyjściowo 8-10 tygodni w roku 1998 a w roku 2013 – czas oczekiwania na rozpoczęcie radioterapii to 4-5 tygodni.

Po trzecie, ułatwiony został dostęp chorych do najnowocześniejszych, unikalnych i wysokospecjalistycznych technik i metod radioterapii, takich jak radioterapia IMRT, radioterapia stereotaktyczna, radioterapia łukowa, hipertemia i inne. A zatem, wprowadzono technologie, które pozwalają na bardziej skuteczne i oszczędzające leczenie, zmniejszenie ilości powikłań a, tym samym, poprawę jakości życia osób leczonych z powodu chorób nowotworowych, uzyskując dzięki temu także wydłużenie średnich czasów przeżycia i poprawę funkcjonowania społecznego pacjentów.

Dokonano radykalnej poprawy wyposażenia ośrodków onkologicznych w aparaturę radioterapeutyczną w porównaniu z rakiem 2005. I tak, liczba akceleratorów w Polsce wzrosła z 70 do 134 na koniec roku 2013 a jednocześnie stare, wysłużone akceleratory zastąpiono nowoczesnymi, wysoce bezpiecznymi i skutecznymi urządzeniami – 88% akceleratorów funkcjonujących dzisiaj w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej ma nie więcej niż dziesięć lat a połowa – ma nie więcej niż pięć lat.

Możemy zatem powiedzieć, że sytuacja jest dobra, a sprzęt, z którego korzystają pacjenci, jest nowy, co jednak nie znaczy, że program został w pełni wyeksploatowany albowiem wskaźniki unijne sugerują, że jeden aparat powinien przypadać na 250 tys. populacji, chociaż istnieją wyraźne tendencje wśród konsensusu radioterapeutów, że te wskaźniki powinny się obniżać jeszcze bardziej. W wielu województwach w Polsce już te wskaźniki osiągnięto, w innych dążymy do tych wskaźników, ale sytuacja jest wyraźnie w zasięgu działań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, i ta tendencja poprawy dostępności będzie kontynuowana.

O 13% wzrosła liczba symulatorów, co najważniejsze, ponad dziesięciokrotnie (czyli z 4 do 43) wzrosła liczba tomografów komputerowych dedykowanych do planowania leczenia napromienianiem, wyposażonych w komputerowe stacje symulacji wirtualnej. Tomografy te zastępują klasyczne symulatory i są już w prawie wszystkich ośrodkach radioterapeutycznych w Polsce. Natomiast o 93% (to znaczy – z 66 do 128) wzrosła liczba systemów planowania radioterapii, w tym prawie trzykrotnie (ze 126 do 375) – liczba stacji planowania, co jest kluczowym elementem skracającym czas przygotowania napromieniania.

Kolejne zadania narodowego programu to poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca, których osiągnięcie program zakłada, poprzez modernizację i doposażenie klinik i oddziałów torakochirurgii. Dzięki realizacji programu, systematycznie wzrasta w kraju ilość operowanych we wczesnych stadiach raka płuca. W chwili obecnej odsetek chorych operowanych w pierwszym i drugim stadium zaawansowania choroby wynosi 80%. Ponadto o blisko 50% nastąpił wzrost liczby chorych operowanych w pierwszym stadium zaawansowania choroby w stosunku do roku 2005, od kiedy rozpoczęła się realizacja narodowego programu. Należy również zaznaczyć, że spadła liczba operowanych chorych w wyższych stadiach zaawansowania raka płuca. Odsetek w trzecim stadium zaawansowania raka płuca wynosi 11,2% to znaczy, że w stosunku do roku 2005 o prawie 45% spadała liczba operowanych pacjentów z wyższym stopniem zaawansowania raka płuca, gdzie leczeniem z wyboru powinno być skojarzone leczenie z wyłączeniem systemowego leczenia przedoperacyjnego, albo chorzy nie powinni być operowani a powinni być leczeni systemowo. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na to, że o około 1/5 zmalała liczba wykonywanych pneumonektomii, z równoczesnym wzrostem o ten odsetek wykonywanych lobektomii, czyli operacji oszczędzających w raku płuca, co zdecydowanie wskazuje na lepszą kwalifikację do leczenia operacyjnego a także wiąże się z lepszą jakością życia pacjentów w przebiegu tej choroby, która ciągle jest najczęstszą postacią nowotworu w Polsce.

Informacje na temat realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2014 i 2015" przekażę w skrótowej formie, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, albowiem nie jest to już element sprawozdania za rok 2013 a planów i działań bieżących.

Rozwijane będą programy profilaktyczne i edukacyjne, w tym działania prewencyjne i profilaktyczne, które mają zapobiec zachorowaniom, na przykład, na raka piersi, raka szyjki macicy czy raka jelita grubego. Natomiast sukcesywnie, zresztą – zgodnie z sugestiami Wysokiej Izby, członków Wysokiej Komisji, będą sukcesywnie zmniejszane środki

finansowe przeznaczone na programy inwestycyjne, w tym na doposażenie i modernizację aparatury do diagnostyki i leczenia nowotworów, albowiem ten cel, który przed chwilą wskazałem Wysokiej Izbie, został już w znacznym stopniu osiągnięty. Nie znaczy to, że Ministerstwo planuje w ogóle zaprzestać finansowania nowych inwestycji sprzętowych, bo to jest elementarne działanie narodowego programu, jeden z jego podstawowych celów.

Wydaje się jednak, że główny ciężar inwestycyjny powinien teraz przechylać się w kierunku zwiększenia nakładów na działania profilaktyczne a, przede wszystkim, poprawy wykrywania i prewencji raka piersi i raka szyjki macicy, między innymi poprzez planowane przygotowanie ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej, która będzie zachęcać kobiety do udziału w badaniach profilaktycznych poprzez emisję spotów w regionalnych stacjach telewizyjnych i położenie większego nacisku na profilaktykę w środowiskach szczególnie wrażliwych, po pierwsze – na większe ryzyko zapadalności względem populacji ogólnej a, po drugie – na specjalne dojście i specjalną, dopasowaną do potrzeb tej populacji strategię edukacji i promocji zdrowia. To szczególnie dotyczy środowisk wykluczonych społecznie.

Ponadto, w roku 2014, w ramach programu populacyjnego profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, planowane jest przeprowadzenie pilotażowego programu wdrożenia testu podwójnego badania cytologicznego i oznaczania genomu wirusa HPV w województwach wielkopolskim i mazowieckim, w populacji kobiet między 30. a 59. rokiem życia.

Jest to o tyle istotne (jak zapewne członkowie Wysokiej Izby wiedzą), że badanie genomu wirusa, po pierwsze, jest znacznie prostsze w zakresie technologicznym. Pobieranie materiału nie wymaga takiego przygotowania personelu, który pobiera i ocenia materiał a ponieważ jest to badanie w znacznym stopniu zautomatyzowane to i ilość błędów wynikających z błędnego pobrania lub błędnej oceny jest znacznie mniejsza niż w przypadku badań cytologicznych. Doświadczenia wielu krajów a także publikacje naukowe i sugestie konsultantów krajowych oraz ekspertów krajowych i zagranicznych w tej dziedzinie sugerują, że rozwój populacyjnego programu w tym kierunku może w przyszłości w ogóle zastąpić badania cytologiczne i przyczynić się do jeszcze większej poprawy kontroli czy zmniejszenia zapadalności i poprawy wykrywalności stanów przednowotworowych i nowotworowych. Celem pilotażu będzie zatem ocena czułości testu podwójnego, czyli – tak naprawdę – porównanie klasycznej diagnostyki i tego podejścia innowacyjnego.

W roku 2015 planowane jest poszerzenie pilotażowego programu wdrożenia testu podwójnego badania cytologicznego na kolejne województwa.

Ponadto w roku 2014 planowane jest wprowadzenie zadania „Szkolenie z zakresu onkologii dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej" w celu poprawy poziomu wiedzy lekarzy POZ, poprawy czujności onkologicznej a także podstaw i standardów diagnostyki onkologicznej oraz zasad kierowania na leczenie i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. Zadania szkolenia lekarzy rodzinnych i wszystkich pracowników podstawowej opieki zdrowotnej pod nazwą „Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej", jednodniowe minimum szkolenia lekarzy, będą realizowane sukcesywnie w ramach wdrażania tego programu.

Z uwagi na zmiany opracowane w Ministerstwie Zdrowia, dotyczące generalnie opieki nad pacjentami onkologicznymi i zwiększenia roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w opiece nad tymi pacjentami, konieczne jest włączanie tego zadania także do kluczowych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych".

Pani przewodnicząca, pozwolę sobie poprzestać na tych słowach, poddając się oczywiście pełnej dyspozycji w dyskusji. Z chęcią odpowiem na wszystkie pytania.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Po raz pierwszy usłyszeliśmy, że jest poprawa. Bardzo cieszymy się z tego powodu nie tylko dlatego, że poprawiły się wskaźniki i liczba populacji, która dotarła na badania populacyjne, ale również dlatego (nie ukrywam), że Komisja Zdrowia wielokroć nega-

tywnie odnosiła się do wcześniejszych sprawozdań i – mam nadzieję – dopingowaliśmy Ministerstwo. Mamy więc wspólny sukces.

Oby tak dalej szło.

Otwieram dyskusję.

Proszę bardzo, pan poseł Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, bardzo zaciekawił mnie ostatni fragment wypowiedzi pana ministra, dotyczący nowego programu a właściwie – pilotażowego programu skriningowego dotyczącego zapewne cytologii płynnej. Jednak, ja bym chciał dowiedzieć się czegoś więcej na temat dwóch bardzo ważnych działań. Z jednej strony, jest to kolejny rok realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" i, bardzo słusznie pan minister powiedział, że gros wydatków sprzętowych, to wydatki pochodzące z programu, bo na wczorajszym posiedzeniu Komisji Zdrowia dowiedzieliśmy się, że płatności realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są płatnościami za leczenie a nie za sprzęt. One zawierają w sobie częściowo amortyzację, pewnie nie pieniądze na zakup sprzętu.

Wczoraj przeprowadziliśmy długą debatę na sali plenarnej dotyczącą nowego programu – pakietu kolejkowego. Ja bardzo bym chciał usłyszeć od pana ministra, jakie są styczne punkty. Jeden z tych punktów, jakie udało mi się wyłowić w wypowiedzi pana ministra to szkolenie lekarzy, bo będziemy mieć taką sytuację, że pacjenci będą wchodzić na szybką ścieżkę diagnostyki a następnie – leczenia chorób nowotworowych.

Z jednej strony, to duży zysk dla pacjentów, bo będą mogli być szybko i – mam nadzieję – skutecznie diagnozowani i leczeni, co zapewne zaoszczędzi sporo środków ze względu na stopień zaawansowania wykrycia choroby nowotworowej. Z drugiej strony, obawy środowiska, wyrażane też wczoraj przez członków Komisji, dotyczą tego, czy włączanych do tej szybkiej ścieżki nie będzie zbyt wielu pacjentów, żeby nie nastąpiła taka sytuacja, że po części posiadanie tej książeczki zapewniającej szybką diagnostykę, szybką ścieżkę, może przerodzić się w olbrzymi program skriningowy. Bo już lekarze mówią, że często pacjenci zgłaszają się ze znamionami, z różnymi tego typu... albo, na przykład, bardzo częste są zmiany w piersiach, które następnie są diagnozowane. I może okazać się, że bardzo duża część populacji nagle będzie skierowana na szybką ścieżkę diagnostyki. Dlatego diametralnie ważne wydaje się, z jednej strony, takie pokierowanie programów profilaktycznych, żeby już z nich pacjenci mogli być włączani do takiej ścieżki diagnostyki a, z drugiej strony, zwiększenie kompetencji lekarzy poprzez nieustające szkolenia.

Pamiętamy historię z wcześniejszej edycji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych", która dotyczyła szkoleń lekarzy z bardzo nieciekawym finałem.

Chciałbym więc od pana ministra usłyszeć, jakie są te wszystkie punkty styczne pomiędzy pakietem kolejkowym dotyczącym szybkiej diagnostyki onkologicznej a „Narodowym programem zwalczania chorób nowotworowych", bo nie chciałbym, żeby te dwa duże programy szły oddzielnie. Myślę, że można znaleźć dużo synergii i sporo środków, które – jak pan minister wczoraj mówił – być może uda się przekierować, może nie z kosztów hospitalizacji a leczenia, czyli pobytu w szpitalu, na szybką diagnostykę i szybkie leczenie.

Bardzo bym prosił o taką informację.

Jeśli można, chętnie bym coś więcej usłyszał na temat genotypowania w raku szyjki macicy, czy w skriningu raka szyjki macicy, ze strony pana ministra czy ekspertów. Pewnie członkowie Komisji – widzę tutaj pana posła Ziętka – też z przyjemnością by to usłyszeli.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie pośle.

Kolejny do głosu zgłaszał się właśnie pan poseł Ziętek.

Proszę bardzo.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję serdecznie.

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, dziękuję za to sprawozdanie.

Myślę, że wygląda ono dużo lepiej i jest przekrojowe. Natomiast dziękuję panu ministrowi (szczególnie, jeśli chodzi o moją działkę, jaką jest rak szyjki macicy, którym od wielu lat się zajmuję i leży mi to na sercu), bo – rzeczywiście – mamy poprawę w zgłaszalności. Tak jak zakładaliśmy, ten program populacyjny musi mieć czas, żeby zadziałał. Małymi kroczkami dochodzimy do tego złotego standardu zgłaszalności na poziomie 75-90%. Chcemy dojść do tego, żeby śmiertelność z powodu tego nowotworu spadła do 0%, jak jest w krajach skandynawskich. Wymaga to wielu działań, pomocy itd.

Po pierwsze, wojewódzkie ośrodki koordynacyjne. Przyznam szczerze, że ja nie mam dobrej współpracy – szczególnie w województwie śląskim – z wojewódzkimi ośrodkami koordynacyjnymi. Słyszę, że coś gdzieś jest, ale ich działania powinno być widać, słychać i czuć w całym województwie. Skarżą się przede wszystkim, na... Jeśli chodzi o zaproszenia, kiedyś się zastanawialiśmy (bo to jest kilka ładnych milionów złotych), czy w ogóle wysyłać te koperty, czy nie wysyłać. Zdecydowaliśmy, że tak, bo to jest jednak pewna forma zachęcania do badań cytologicznych. Natomiast, cały czas mówię o przetargach, o terminach przetargów, chociażby na koperty i znaczki, itd., itd., bo zawsze jest to w tak końcowej fazie roku (a to zawsze jest na rok), że po prostu... Nie wiem, czy to da się przedłużyć na dwa lata, żeby jakaś firma wysyłała czy wygrała ten przetarg. Tutaj nam to trochę nie działa.

Szkolenia położnych. Przyznam szczerze, że bardzo się cieszę, że położne... czterdzieści, to kropla w morzu potrzeb. U mnie, w województwie śląskim, jest bardzo dużo chętnych pań położnych. Optuję również za tym, żeby zdecentralizować ośrodki szkoleniowe. W województwie śląskim także mógłby taki ośrodek powstać, gdzie dziewczyny miałyby dużo bliżej. Poza tym, przyznam szczerze, z mojego punktu widzenia starego ginekologa, co tu uczyć położną, żeby pobrała cytologię. Ona niejednokrotnie tę szyjkę widzi częściej niż lekarz położnik a podejrzewam, że i technicznie... A jakość wykonywanych badań cytologii podstawowej poprawiła się o nawet 45%, więc to już jest sukces. Podejrzewam, że położna dołoży wszelkich starań, żeby to było dobrze pobrane, dobrze rozłożone na szkiełku, utrwalone itd.

Zatem, moim zdaniem, tutaj wielkiego szkolenia położnych zupełnie nie potrzeba.

Następna sprawa. Bardzo się cieszę, że jest ten pilotażowy program, który jest realizowany (ten podwójny), natomiast żałuję, że nie w województwie śląskim, bo zawsze mi się wydaje, że to województwo jest dobre w sensie populacyjnym i ewentualna ewaluacja takiego pilotażu w tym województwie byłaby najbardziej optymalna. Natomiast mam pytanie, bo tu jest zarówno cytologia, jak i oznaczenie DNA HPV, my otworzyliśmy niedawno potężne laboratorium, w którym będziemy właśnie oznaczać DNA HPV. Jakiego rodzaju badanie cytologiczne jest wykonywane w tym pilotażu, bo mówimy o tym typowym badaniu eksfoliatywnym, ale mamy jeszcze jednowarstwowe LBC i, generalnie rzecz biorąc, zastanawiam się, czy my nie dochodzimy do tego standardu, żeby jednak dokładnie zdiagnozować i wykonywać te badania, niestety, droższe, ale już metodą LBC, czyli cienkowarstwową?

Tak więc to tyle, jeśli chodzi o cytologię.

A jeżeli chodzi o raka szyjki macicy, myślę że te wspólne działania pewnych koalicji... Jestem inicjatorem śląskiej koalicji na rzecz walki z rakiem szyjki macicy, który działa dość sprawnie, więc wydaje mi się, że niedługo będziemy mogli przedstawić wyniki tej działalności.

Następna sprawa jest taka. Zawsze w nowotworach... A pamiętajmy o tym, że na razie nowotwory jako przyczyny zgonów nie są na pierwszym miejscu, ale wśród kobiet w pewnym przedziale wiekowym już na pierwszym miejscu. W latach 2020. będziemy mieć 660 tys. chorych na nowotwór. Jest to potężne wyzwanie dla wszystkich.

Dla mnie, lekarza, najważniejsza jest diagnoza. Jeżeli mam dobrą diagnozę i pacjent też czeka na tę diagnozę – czyli, jestem chory na nowotwór, czy nie jestem chory na nowotwór... My tu nie przewidzieliśmy (a w tej chwili nam to wychodzi) tej nowoczesnej, ale spersonalizowanej terapii a dochodzi nam, oprócz diagnostyki histopatologicznej, diagnostyka molekularna. Musimy iść w kierunku laboratoriów molekularnych. Niektóre nowotwory bardzo dobrze różnicują się i diametralnie odchodzą od rozpoznań histopatologicznych. W przypadku niektórych nowotworów krwi może być aż pięć różnic

w porównaniu z diagnozą histopatologiczną a to wiąże się z zupełnie inny leczeniem. Czyli, generalnie rzecz biorąc, każdy ma swój nowotwór. Po prostu, trzeba spersonalizować tę terapię a tym samym i środki na leczenie. Wtedy będziemy mieć większe sukcesy.

Wracając jeszcze do szczepienia HPV, mam takie pytanie, ponieważ są głosy, że te szczepionki będą refundowane, pytam: kiedy?

I następna sprawa, jeżeli chodzi o nasze szanowne panie. To mnie bardzo martwi. Kiedyś na plan pierwszy wysuwała się śmiertelność z powodu raka gruczołu piersiowego, teraz mamy dość duży procent zgonów na raka płuc. A generalnie rzecz biorąc profilaktykę raka płuc mamy kiepską. Musimy się bardzo mocno zastanowić nad tym, że struktura zachorowań na raka płuc to 8,7. Zachorowalność jest stosunkowo niska, ale śmiertelność to już 15,4.

Zatem, ta różnica jest tu potężna i u pań profilaktykę raka płuc musimy wprowadzić.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Kolejna jest pani poseł Gądek. Proszę.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Szanowne prezydium, koleżanki i koledzy, drodzy goście, panie ministrze, faktycznie po raz pierwszy – jak tu już koledzy zwracali uwagę – większość z nas jest stosunkowo zadowolona z tego, co przygotowane zostało w sprawozdaniu z realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. I to jest dla nas niezmiernie ważne.

Ja cieszę się głównie z tego, że zarówno w tym sprawozdaniu z realizacji programu w 2013 r., jak i w harmonogramie zadań do wykonania na lata następne, zdecydowanie zwiększyła się rola profilaktyki pierwotnej, bo niezależnie od tego, jak bardzo będziemy wzbogacać w sprzęt diagnostyczny do terapii (co jest – oczywiście – niezmiernie ważne, żebyśmy mogli prawidłowo leczyć rozpoznane już nowotwory), głównym naszym zadaniem jest ograniczenie zachorowalności. Pierwsze efekty działania programu już widzimy, natomiast nadal musimy zdecydowanie kłaść duży nacisk na profilaktykę pierwotną.

W informacji, którą uzyskaliśmy, tym razem są dość szeroko omówione kwestie dotyczące głównie przeprowadzanych programów edukacyjnych. Cieszę się niezmiernie, że w województwie małopolskim jesteśmy jakby liderem w edukacji, szczególnie jeśli chodzi o grupy dzieci i młodzieży i sprawy szeroko pojętej edukacji w tych grupach. Jest to bardzo ważne, ponieważ – jeżeli wyedukujemy naszą młodzież – to będziemy mieć zdecydowanie zdrowsze społeczeństwo w perspektywie.

Natomiast brakuje mi jednej rzeczy (być może jest to już w planach do realizacji na przyszłość?) a mianowicie koordynacji działań edukacyjnych w szkołach oraz w systemie pozaszkolnym, dla pacjentów, którzy są już w wieku dorosłym. A to dlatego, że programy realizowane głównie przy współudziale a właściwie – przy znaczącym udziale samorządów terytorialnych, są niezmiernie ważne dla populacji danego województwa. Jednak lepiej byłoby, gdyby były koordynowane na poziomie ministerstwa i wdrażane wszędzie we współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej jako programy kształcenia. Efekty takiego postępowania byłyby zdecydowanie lepsze.

Mam pytanie, jak wygląda dystrybucja materiałów edukacyjno-promocyjnych, ponieważ mamy informację o tym, że w różnych ilościach, w danych województwach, były rozdystrybuowane materiały promocyjne? Natomiast, bardzo proszę o przekazanie mi, jakie były kanały przekazywania tych materiałów, do jakich grup docierano i jaka była forma tych materiałów, ponieważ ta akcja wydaje mi się najmniej skoordynowana w skali kraju. Wydaje się też, że efekty tej akcji na dzisiaj również są najmniejsze.

Jeszcze pytanie szczegółowe.

Bardzo dobrze, że w naszych polskich warunkach rozwija się program profilaktyki raka jelita grubego. Jest to program o dużym znaczeniu potwierdzonym badaniami naukowymi, mającym punkty twarde w przeciwieństwie do niektórych innych programów profilaktyki nowotworowej, natomiast spotkałam się z takimi pytaniami ze strony podmiotów, które uczestniczyły w postępowaniach kontraktowych w kilku województwach w Polsce w tych programach. Spełniały one wszystkie normy i wymogi formalne, sprzętowe, kadrowe i posiadały wszystkie możliwe wymogi niezbędne do kontraktowa-

nia, natomiast, jeżeli dotychczas nie miały kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, to były eliminowane z postępowania konkursowego. Czy tego typu sposób kontraktowania przez NFZ służy zdrowej konkurencji i rozwojowi tych programów?

Wiemy, że na dzisiaj miejsc, w których można wykonać badania profilaktyczne, jest stosunkowo mało. W związku z tym, moje pytanie jest następujące: skąd tego typu wymogi, jeżeli chodzi o postępowanie konkursowe?

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję.

Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos w dyskusji?

Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałabym zwrócić się do pana ministra z kilkoma pytaniami.

Najwyższa Izba Kontroli nieustannie domaga się tego, aby w tym programie były przedstawione wskaźniki poprawy. To, jakie wskaźniki są państwo stanie osiągnąć realizując ten program. Jakie chcą państwo osiągnąć? To jest bardzo istotne w realizacji wszystkich programów. I nie bez powodu NIK domaga się tego od kilku lat, ponieważ z badań, które prowadzi, wynika (a wynika to też ze statystyk), że rośnie liczba zachorowań na nowotwory. To może w pewnym stopniu jest uzasadnione a – w pewnym stopniu – nieuzasadnione, trudno to ocenić w tej chwili, ale także wskaźniki pięcioletnich przeżyć chorych, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, były w Polsce, i są nadal, niższe niż średnia europejska o 10 punktów procentowych. To jest istotna informacja. W związku z tym, potrzebne jest tutaj wskazanie celów, które państwo chcą osiągnąć, wyrażone również we wskaźnikach, jakie chcielibyście osiągnąć.

Drugie moje pytanie dotyczy kryteriów doboru do diagnozowania na szybkiej ścieżce. Czy te kryteria doboru już są, czy też, jeśli będę mieć znajomego lekarza, to po prostu taką książeczkę do szybkiej diagnostyki dostanę, jak i wszyscy, którzy będą mieć znajomych lekarzy? Tutaj potrzebny jest jakiś zbiór obiektywnych kryteriów, który by do takiej diagnostyki upoważniał. Oczywiście, najlepiej byłoby, aby wszyscy, u których podejrzewa się chorobę nowotworową, mieli możliwość takiej diagnostyki, ale jeżeli już ustawiamy kolejkę, to trzeba byłoby też pomyśleć o kryteriach doboru.

Następne moje pytanie dotyczy tego, z czym zwracają się do mnie bardzo często różne osoby związane z systemem ochrony zdrowia. Mianowicie, dowiaduję się, że jeśli chodzi o szkolenia, które się odbywają, są zlecane, to szkolących wybiera się w drodze przetargu. Kto taniej przeszkoli, ten będzie szkolić. Czy ta metoda, zdaniem pana ministra, jest właściwa, czy też podstawowym wyborem szkolącego powinna być jakość tego szkolenia i kompetencje tego, kto szkoli?

I wreszcie ostatnie moje pytanie, dotyczy ono kształcenia lekarzy na wydziałach lekarskich w dziedzinie onkologii. Czy nadal, mimo wzrostu zachorowań na choroby nowotworowe, i licznych czynników społeczno-demograficznych wskazujących na to, że choroby nowotworowe nie będą ustępować a wręcz przeciwnie, będzie to trzydzieści godzin wykładu do wyboru, jak jest do dzisiaj w wielu uniwersytetach medycznych? Czy też ten program będzie w sposób istotny wymagać tego, aby to był przedmiot obowiązkowy i to, jak każdy porządny przedmiot, zakończony egzaminem, i w odpowiednim wymiarze czasu wykładów czy innych zajęć?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zanim oddam głos pani przewodniczącej Beacie Małeckiej-Liberze, chciałbym nawiązać do słów pana ministra. Na początku wystąpienia, niestety, nie miałem okazji tego zrobić, ponieważ musiałem wyjść na salę plenarną. Myślę, panie ministrze, że jest troszkę inaczej. Żałuję ogromnie... Muszę to wszystkim państwu powiedzieć.

Przejrzałem listę i upewniłem się, czy może było jakieś *faux pas* ze strony Komisji, czyli mojej, ale nie – wszyscy zostali zaproszeni. Niestety, są duże braki, jeżeli chodzi

o osoby zaproszone a sprawa wydaje się niezwykle ważna, zwłaszcza dla całego środowiska onkologicznego. Mówimy kolejny raz o programie i o sprawozdaniu, i o planie na przyszłość, ale również – i tu właśnie chciałbym nawiązać do słów pana ministra – jest tu jednak pewien kontekst związany z pakietem onkologicznym. Nie chodzi, oczywiście, o to (tu pełna zgoda), żebyśmy dyskutowali o zapisach poszczególnych artykułów, bo to będziemy – rzeczywiście – robić przy czytaniu tego, tylko o istotę, w jakim kierunku ma to iść, tym bardziej, że czasami są różne rozbieżności. Wobec tego, tu warto o tym powiedzieć.

Zakładam, że pan minister wysłucha i to zanotuje, i kiedy za dziesięć dni już zaczniemy procedować w Komisji, to być może będą zgłoszone jakieś uwagi i poprawki. Problem polega na tym, że nie ma części z tych osób, które by mogły zgłaszać swoje uwagi nie tylko do harmonogramu i programu, ale również do pakietu onkologicznego.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, Wysoka Komisjo, chciałabym dopytać o kilka rzeczy, które mnie zaintrygowały.

Oczywiście, bardzo dobrze się dzieje, że liczba badań cytologicznych przesiewowych wzrasta, natomiast jest tutaj podana informacja (zresztą, pan minister też na ten temat mówił), że liczba tych badań cytologicznych wzrosła, ale nie dzięki programowi profilaktycznemu a dzięki temu, że te badania są teraz wykonywane i osobno opłacane w AOS (Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej).

Chciałabym więc zapytać, czy państwo analizowali również taką możliwość i potrzebę, że skoro ten program profilaktyczny nie do końca się sprawdza, i mimo zachęt, mimo zapraszania tych pacjentek, jego wykonanie jest marne, nie byłoby dobrze te środki w jakiś sposób przekazać do POZ i wzmocnić rolę lekarza rodzinnego właśnie poprzez profilaktykę a również poprzez to, żeby te pacjentki mogły mieć do tego łatwiejszy dostęp? Bo kobieta, która przychodzi do lekarza, trafia do niego, powinna mieć wykonany również ten element profilaktyki.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo..

Pan przewodniczący Hoc, proszę

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, trzy kwestie, także do panów nadzorujących ten program.

Po pierwsze, już dziewiąty rok trwa ten program. Jakie mamy konkretne odpowiedzi na następujące pytania? Jak się kształtuje wskaźnik pięcioletniego przeżycia w porównaniu z krajami Unii Europejskiej? Dotychczas było bardzo źle. Dalej – czas od momentu rozpoznania do włącznie nowoczesnej terapii. Też było bardzo źle. I ilość nakładów, środków, w przeliczeniu na jednego mieszkańca na leczenie onkologiczne. Trzy wskaźniki, które są praktycznie najważniejsze. To jest podstawa tego programu, bo przecież zakładaliśmy, że te wskaźniki się poprawią. Dziewiąty rok... Zatem, jeśli one są niepoprawione, albo dalej jesteśmy w ogonie Europy, to jest bardzo źle.

Druga kwestia... Proszę więc o konkretne odpowiedzi na pytania, czy takie badania były już przeprowadzone i jakie są konkrety, nie na zasadzie takiej, że w raku szyjki macicy – tak, w raku piersi – tak, i wreszcie to wszystko... Konkretne wskaźniki.

Druga sprawa. Państwo napisali w tym sprawozdaniu, że umieralność z powodu raka szyjki macicy przypada na przedział wiekowy między 50. a 69. rokiem życia. Tymczasem badania populacyjne wskazują, że to jest przedział wiekowy między 25. a 59. rokiem życia, nie ma więc tego przedziału od 59. do 69. roku życia. Czyli, praktycznie kobiety, która ma już 60 lat, a jest wzrost umieralności, badania profilaktyczne i przesiewowe nie obejmują. Czy to jest zamierzone, czy to jest jakaś niespójność?

Tak samo w raku piersi – zgony po 50. roku życia u kobiet, natomiast profilaktyka 50-69. Tylko 19 lat, mimo to, że wiemy, iż kobiety w młodszym wieku również chorują i umierają. Zatem, skąd taka determinacja i takie obwarowania czasowe.

I trzecia kwestia. Państwo powiedzieli o tych, czasem problematycznych, badaniach mammograficznych – chodzi o ambulanse. Z jednej strony, one zwiększają dostępność, ale z drugiej strony, jakość, wiarygodność i czułość tego sprzętu jest różnie interpretowana i różnie zgłaszana. Dokonali państwo audytów w systemie analogowym i w systemie cyfrowym. Dla mnie, jest to coś prawie dramatycznego – dwanaście ośrodków nie zaliczyło audytu w systemie analogowym. Co to znaczy? To znaczy, że te dwanaście ośrodków przeprowadza badania niewiarygodne, o małej swoistości, czułości. To dla mnie jest dramat, bo jeśli ktoś, kto idzie na takie badania, zostanie – kolokwialnie powiem – przegapiony, to jest dramat. W systemie cyfrowym, spośród osiemdziesięciu dziewięciu ośrodków nie zaliczyło audytu pięępięć. Niby to jest mało, ale to dalej jest dramat może kilku, kilkunastu kobiet, którym we wczesnym okresie nie wykryliśmy raka.

Tak więc, moje pytanie brzmi: co państwo z tym zrobili, jakie podjęli zdecydowane kroki prawne, żeby całkowicie wyeliminować takie przypadki? Nie może być czegoś takiego, że audyt nie potwierdza badań mammograficznych w systemie analogowym czy cyfrowym, bo to jest dramat. Dajemy takie pieniądze a potem okazuje się, tak naprawdę – zrób sobie mammografię, ale na wszelki wypadek musisz jeszcze gdzieś zrobić badanie kontrolne prywatnie, czy w dobrym ośrodku.

Oczywiście, ja mam dużo pytań, ale prosiłbym o odpowiedź na te trzy kwestie, bo myślę, że one odzwierciedlają istotę sprawy. Aczkolwiek powiedziałbym nawet, że czasem takie relatywne przekazywanie tych informacji i podciąganie zawsze pod pożądany skutek, na przykład, że zmniejszyła się zachorowalność i umieralność na raka płuc mężczyzn, ale za to wzrosła u kobiet. Czy to jest skutek tych działań profilaktycznych, programu, czy tego, że mężczyźni może zaczęli palić mniej papierosów a kobiety zaczęły je palić? To, w takim razie, po co wydajemy tyle pieniędzy na różnego rodzaju kampanie, edukację itd., skoro to nie ma większego znaczenia.

Po prostu, przeznaczmy te pieniądze na coś innego.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze z państwa posłów chciałby zabrać głos?

Nie widzę zgłoszeń.

Zanim oddam głos zaproszonym gościom, na koniec jeszcze ja poruszę pewne sprawy.

Otóż, panie ministrze, ponieważ nikt nie nawiązał do kwestii związanych z pakietem onkologicznym, to ja nawiążę, bo wydaje mi się, że to jest nawet naszym obowiązkiem. Musimy wiedzieć, czy sprawą onkologii będziemy teraz zajmować się z dwóch niezależnych od siebie stron, czyli, z jednej strony, będziemy mieć „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" a z drugiej strony – pakiet onkologiczny. Czy to będzie jednocześnie, czy będzie się dublować, uzupełniać?

W związku z tym, jakie są konsekwencje pakietu onkologicznego dla programu w roku 2015, i czy w związku z tym, że jest pakiet onkologiczny, będą państwo chcieli o kolejne lata przedłużyć „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych"? Czy będziemy podejmować kolejną uchwałę w tej sprawie?

Jest to ważne dlatego, że zgodnie z tym, co jest zapisane w pakiecie onkologicznym, być może trzeba będzie podejmować podobne a może inne decyzje, dotyczące chociażby zakupu sprzętu.

A zatem, po pierwsze, czy państwa zdaniem tego sprzętu jest wystarczająco dużo, bo między innymi temu ten program służy. Teraz, w ramach chociażby tego, o czym mówił pan minister, będzie się pacjentów dowozić, będą miejsca hotelowe, hostelowe, i w związku z tym nie trzeba już kupować sprzętu. A może przeciwnie, trzeba kupować i zrobić siatkę dostępności, gdzie tego sprzętu brakuje, w ramach wspomnianego pakietu kolejkowego skrócenia czasu oczekiwania nie tylko na terapię, ale i na rozpoczęcie leczenia.

To wszystko ze sobą się wiąże, dlatego, że według tego my, państwo, wspólnie będziemy podejmować decyzje finansowe na rok przyszły.

Jeżeli mówimy o harmonogramie na rok 2015, kiedy ten pakiet wejdzie, to ja nie wyobrażam sobie sytuacji, że pakiet sobie a harmonogram sobie. Według mnie, jedno z drugiego musi wynikać. Jeżeli tym pakietem mamy uzyskać określony efekt to musi on być tutaj odzwierciedlony chociażby w kwestii związanej z zakupami, ale nie tylko. To jest kwestia lekarzy rodzinnych. Państwo mówią o pewnej nowej odpowiedzialności, nowych zadaniach dla lekarzy rodzinnych. Na ile to się przełoży (bo póki co, się nie przekłada) na to, co mamy i co jest planowane w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych". Tego nie mamy. Ja rozumiem, może nawet nie było czasu, trudno to było skorelować, ale tego w tym dokumencie nie mamy. Rozumiem, że być może będzie jakiś aneks do tego dokumentu, chyba że państwo uznają, że lekarze rodzinni będą w ramach tego, co mają w tej chwili, jedynie uzbrojeni w dodatkowe możliwości kierowania bezpośrednio, że to będzie cała ich rola, jeżeli chodzi o udział w pakiecie onkologicznym.

Rozumiem, że niekoniecznie i nie do końca o to chodziło.

Kolejna sprawa, 1 lipca wchodzi wydłużony czas pracy. Z tego powodu będą określone problemy. Proszę mi wierzyć, problemy dwojakiego rodzaju. Ja będę z jednej strony dzisiaj pytać panią minister, rzecznika praw obywatelskich o ewidentne łamanie praw obywatelskich. Zresztą w tej sprawie wcześniej napisałem pismo do pani minister. Wiem, że wcześniej bodajże towarzystwa naukowe zainteresowane tą sprawą a przynajmniej niektóre z nich, też w tej sprawie się zwracały. Pani minister zwracała się do pana a konkretnie – do ministra Arłukowicza (ale nie ma go, więc zwracam się do pana) – i cisza. Taka jest współpraca, również w ramach pakietu onkologicznego, że nie ma odpowiedzi ani spotkania.

Zaznaczam: od miesięcy, nie od tygodni.

A co się dzieje po drugiej stronie? Po drugiej stronie – jak powiedziano – dzieje się, *de facto*, łamanie w świetle ustawy praw obywatelskich, bo ludziom proponuje się obniżenie stawki godzinowej, czyli wydłużenie czasu pracy o 50% w ramach takiego samego uposażenia. Oczywiście, są i inne historie – zmuszanie do przejścia na kontrakty, w niektórych miejscach zwolnienia a w pozostałych wydłużenie do 7,35 ze zwiększeniem zarobków...

Państwo nie może stać z boku i nie reagować w tej sprawie. Stąd, między innymi, posiedzenie Komisji poświęcone tej tematyce, żeby później minister Arłukowicz, jak to ma w zwyczaju, nie powiedział „a na posiedzeniu Komisji w ogóle o tym się nie mówiło". Zatem, my jako Komisja, panie ministrze, tym się zajęliśmy.

I wreszcie, jeśli już mówimy o czasie pracy, mamy też sytuację inną. Są porzucenia pracy. To znaczy, pracodawcy to tak nazywają. Po prostu, lekarze mówią (przepraszam za wyrażenie): „to w takim razie, dziękuję bardzo, mam w nadmiarze różnych miejsc pracy, gdzie mogę pracować poza szpitalem a pan, panie dyrektorze, niech się martwi". Nie chcę panu podawać konkretnych przykładów (możemy o tym ewentualnie porozmawiać w kuluarach), ale taką mamy sytuację. I co? Będziecie zamykać placówki od 1 lipca albo po wakacjach, bo ktoś tam jeszcze przez jakiś czas popracuje, bo siłą inercji to będzie się jeszcze jakoś toczyć.

Zatem, panie ministrze, to są ważne sprawy związane, i z narodowym programem, i z pakietem onkologicznym.

Liczę na to, że jeżeli pan minister w tych sprawach nie będzie miał odpowiedzi w tej chwili to, kiedy się spotkamy na początku lipca a będziemy już po pierwszych tego typu sytuacjach, państwo nam coś zaproponują. Bo to nie chodzi o to, żebym państwa straszył, przeciwnie, ja państwa informuję – mam nadzieję, że tu jesteśmy zgodni, bo jak rozmawialiśmy o tym temacie miesiąc temu na posiedzeniu prezydium, byliśmy zgodni – my państwa informujemy o problemie, oczekując, że państwo będą szukać jakichś rozwiązań w tej sprawie.

W związku z tym, panie ministrze, może dopowiem ostatnią rzecz. Jakie wnioski chcą państwo wyciągnąć *à propos* tych pytań, które tu dzisiaj padały, aby ten program onkologiczny był skuteczniejszy w sensie pięcioletnich przeżyć, abyśmy, oprócz usprzęto-

wienia, zaobserwowali wyraźną zmianę, jeżeli chodzi o wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie?

Oczywiście, z tym wiąże się też kwestia pewnych decyzji, o której powiedziałem na początku, związanych z potrzebami lub nie zakupu sprzętu, jak również to, o czym wspomniała pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera – zgłaszanie na badania profilaktyczne. Ono bardzo wzrosło i świetnie, ale co zrobić, aby wejść powyżej 50%.

Jeszcze, widzę, pan przewodniczący Orzechowski.

Proszę bardzo.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Ja dosłownie krótko, panie przewodniczący.

Chciałbym tylko uzupełnić, że pytanie odnośnie do powiązania pakietu kolejkowego z „Narodowym programem zwalczania chorób nowotworowych" poruszyłem a pan przewodniczący, niestety, był wtedy na sali plenarnej.

Natomiast, po wypowiedzi pana przewodniczącego, coraz bardziej przekonuje mnie jeszcze jedna rzecz (i tą uwagą chciałbym również podzielić się z panem ministrem), że mapa potrzeb zdrowotnych, wbrew temu, co planuje ministerstwo, nie zostanie określona przez marszałków czy starostów. Ona po prostu bardzo szybko zostanie określona – z jednej strony – przez dyrektorów placówek, czyli przez dyrektorów szpitali czy innych placówek a, z drugiej strony – przez lekarzy. To oni będą decydować o tym, w których placówkach skupią się określone świadczenia zdrowotne i bardzo szybko jedne oddziały zostaną bez lekarzy a drugie – z pełnymi etatami lekarskimi.

Zatem, pewnie dzisiaj jest to powód do tego, żeby zastanowić nad tym, w jaki sposób Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby kształtować mapę potrzeb zdrowotnych tak gradując kontrakty, żeby takie oddziały, jak właśnie lepsza interna, lepsza ginekologia czy lepsza intensywna terapia, mogły pozyskiwać lekarzy i, żeby większy był wpływ tego, co robi Ministerstwo Zdrowia a nie tego, co zrobi rynek. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, bardzo proszę. Jeszcze pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo.

Przysłuchując się odnoszę wrażenie, że my powinniśmy Narodowy Fundusz Zdrowia sprowadzić bardziej do roli płatnika a nie – jak tu słyszę – do roli organizatora ochrony zdrowia.

I co to znaczy lepszy oddział, czy lepsze usługi? Są wymogi i trzeba je spełniać. Kto oceni, co jest lepsze i poprzez co – dodać jeszcze pięć łóżek, dodać jeszcze ze dwóch lekarzy, bo będą lepsze usługi? Gdzieś trzeba postawić temu tamę. Nie możemy w ten sposób dyskutować, że może teraz NFZ będzie wytyczać mapy zdrowotne, bo jakby zatracamy to, o czym cały czas mówimy. Chyba nie tędy droga.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pani poseł Hrynkiewicz na krótko.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja mam bardzo krótkie pytanie.

W ubiegłym tygodniu, w Olsztynie, zwolniono dyrektora do spraw lecznictwa albo ordynatora w szpitalu onkologicznym...

Dyrektora naczelnego, dobrze.

Zwolniono go za to (dziękuje bardzo, pani poseł), że przekroczono limit przeznaczony na leczenie chorób nowotworowych. Wiadomo, że województwo olsztyńskie jest raczej ubogie w różnego rodzaju placówki ochrony zdrowia, w tym także placówki onkologiczne.

Chciałabym zapytać pana ministra, czy to jest sygnał dla innych dyrektorów (to nie jest sprawa szczegółowa), którzy w sposób odpowiedzialny podejmują się leczenia osób chorych na choroby nowotworowe, aby ściśle trzymali się wyznaczonych limitów i ich

nie przekraczali, czy – po prostu – jest to w ramach realizacji tego szczególnego pakietu onkologicznego, który ministerstwo zamierza realizować.

Ja akurat znam ten szpital i wiem, jak tam traktowano pacjentów, jak ich leczono, i myślę, że to jednak jest dobry sygnał dla pozostałych, aby bardzo ściśle trzymali się limitów. I wszystko jedno – chory, nie chory, nie ma pieniędzy, będziemy czekać, będzie mniej chorych.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem, że jeszcze pani poseł Gelert, ale bardzo proszę, pani poseł, nie wchodzić w polemiki między sobą.

Rozumiem, że pani chce się odnieść do tej sprawy?

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Oczywiście, że do tej sprawy, ale nie w formie polemiki.

Wydaje mi się, że bardzo często nadużywamy pewnych stwierdzeń i formułujemy pewne zdania nie znając, tak naprawdę, przyczyn. Bo to, co powiedziała pani poseł, dotyczy akurat województwa, z którego jestem. I akurat też bardzo dobrze znam ten szpital (myślę, że lepiej niż pani poseł) i nie śmiałabym w tej chwili mówić, jaka była przyczyna zwolnienia dyrektora naczelnego... Ale akurat ministrowi nie podlega ten szpital. Wydaje mi się, że pewne zasady powinniśmy znać, jeżeli pracujemy w Komisji Zdrowia. Ten szpital nie dotyczy akurat Ministra Zdrowia i nie Minister Zdrowia odwoływał dyrektora, i przyczyna tego nie leżała w nadlimitach, oczywiście, z całym szacunkiem dla dyrektora, który na pewno wypełniał bardzo dobrze swoje zadania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze.

Mam nadzieję, że to już naprawdę ostatni głos, bo, szanowni państwo, nigdzie nie zajdziemy w takiej dyskusji.

Pan przewodniczący Hoc, krótko...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Oczywiście, wiem, że nie jest to istotą dzisiejszego posiedzenia Komisji, ale jeśli jest publiczna wiadomość (a jest to w prasie), że dyrektor zostaje odwołany z powodu wykonania nadlimitów właśnie w pakiecie onkologicznym, to w takim razie albo jest dementi Ministerstwa Zdrowia lub odpowiedniego miarodajnego czynnika, albo nie ma żadnego dementi.

Jeśli nie ma dementi, nie ma sprostowania, to znaczy, że został zwolniony z tego powodu. A jeśli został zwolniony z tego powodu to praktycznie nasza dyskusja jest jałowa a już dyskusja o pakiecie onkologicznym, w ogóle.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jest kilka zgłoszeń ze strony naszych gości.

Na początek oddam głos panu dr Mederowi, zgodnie ze zgłoszeniem i z prośbą, która była wyartykułowana na początku posiedzenia Komisji.

Proszę bardzo, panie doktorze.

Prezes Zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Bardzo dziękuję.

Państwo przewodniczący, szanowni państwo, słuchając bardzo ciekawych głosów w tej dyskusji a jednocześnie widząc, jak bardzo poprawiła się jakość sprawozdania ze strony ministerstwa, chciałbym tylko poruszyć temat, który już tu wielokrotnie był przeze mnie poruszany a mianowicie to (również w nawiązaniu do słów pani poseł Gądek), co jest chyba najważniejsze i w perspektywie najtańsze. Czyli, bardzo bym postulował pochylenie się jeszcze nad profilaktyką pierwotną, dlatego, że to procentuje później po wielu latach w szerzeniu postaw prozdrowotnych, w zmianie nawyków społeczeństwa i, co za tym idzie, w zmniejszeniu prawdopodobieństwa zachorowania albo zachorowania

w znacznie późniejszym okresie życia niż, gdy takich kampanii nie ma prowadzonych na szeroką skalę.

Ja chcę nawiązać do dwóch kampanii, które robi Polska Unia Onkologii a mianowicie, po pierwsze, dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych: „Mam haka na raka". Na terenie parlamentu była wystawa na temat tej kampanii. W tym roku, niedawno, mieliśmy finał siódmej edycji. Co roku omawiany jest inny ważny nowotwór. W tym roku były to nowotwory układu chłonnego, na które co roku mniej więc o 5% rośnie liczba nowych zachorowań na całym świecie. Obserwuje się to również w Polsce, więc tym bardziej ta kampania ma duże znaczenie w szerzeniu takich widomości wśród społeczeństwa.

To odbywa się na zasadzie konkursu. Młodzież ze swoimi nauczycielami przystępując do tego konkursu, realizuje takie kampanie społeczne, które mają za zadanie – przede wszystkim – wzmóc w społeczeństwie troszczenie się o dwoje zdrowie i namawianie do badań profilaktycznych, między innymi skriningowych. Myślę, że ponieważ do tej pory, po siedmiu latach realizacji, udało się nam zainteresować tym konkursem ponad 22 tys. uczniów, nie mówiąc o nauczycielach, i w zasadzie działalność ta przekłada się na przekazywanie pewnych treści podwyższających poziom oświaty zdrowotnej, ponieważ młodzież przekazuje to w domu swoim dziadkom, rodzicom i swoim rówieśnikom zachęcając ich do tego (robi się taki łańcuszek społeczeństwa obywatelskiego) warto by było nie zatracić tego, co do tej pory zyskano w tym programie.

Chcę też nawiązać do drugiej kampanii: konkursu pt. „Zdrowa gmina", gdzie na najniższym poziomie terytorialnym trwa umiejętna współpraca lekarza rodzinnego, nauczycieli, aptekarzy, księży proboszczów. Mamy znakomite przykłady, jak wiele można zrobić wzbudzając taką inicjatywę oddolną. Przypomnę państwu to, co już mówiłem między innymi, że przez ostatnie trzy lata, dzięki działalności tego programu konkursowego dla gmin, uzyskaliśmy zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne o 150 tys. Jest to niebagatelna liczba.

Mówię o tym dlatego, że – niestety – kończą się środki finansowe, jakie udawało się nam do tej pory pozyskiwać na te dwie wielkie kampanie społeczne. Chciałbym więc prosić wszystkich państwa – zwracałem się również do pana ministra – czy w realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" nie znalazłyby się środki finansowe na prolongację tych ważnych kampanii, które stawiają właśnie na profilaktykę, ponieważ – niestety – nie udaje się nam już pozyskać środków finansowych od sponsorów, których jest coraz mniej na rynku a szkoda byłoby to zatracić.

My zresztą przekażemy na ręce pana przewodniczącego szczegółowe sprawozdania z tych dwóch kampanii pokazujące ogrom pracy, jaka została w to włożona i rezultaty, które – jak myślę – przekładają się na coś, co w przyszłości będzie tańsze, jeśli chodzi o finansowanie onkologii w systemu ochrony zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zanim oddam głos pani przewodniczącej, powiem, że myślę, panie ministrze, iż wszyscy z przekonaniem poprzemy ten głos pana doktora, bo jeżeli mówimy o wydawaniu pieniędzy, o różnych ulotkach i innych materiałach, to tu rzeczywiście te pieniądze są wydane w sposób bardzo sensowny.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Chciałabym się przyłączyć do tego głosu, ponieważ mieliśmy okazję być na ostatniej inauguracji tego konkursu.

Rzeczywiście, zrobiło to na nas duże wrażenie i wydaje mi się, że taka forma promocji i trafiania do młodzieży będzie o wiele bardziej efektywna niż drukowane ulotki.

Tak więc, z naszej strony na pewno będzie poparcie tego programu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani prezes Janicka.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Ja chciałabym wrócić do samego programu. Chcę zwrócić uwagę na rzeczy, które się dzieją. Mówimy o wzrastającej ilości nowotworów płuc u kobiet. U mężczyzn jest może trochę lepiej, ale one też są. Natomiast to, co uderza, to brak przestrzegania zakazu palenia w bardzo wielu miejscach w Polsce. To jest podstawowa rzecz – zaczynając od przystanków, miejsc publicznych. Problemem jest to, jak egzekwować to prawo, dlatego, że – niestety – liczba palaczy jest przeogromna. I tu jest również rola dla programu narodowego.

Druga rzecz oczywiście dotyczy papierosów. Chodzi o e-papierosa. Myślę, że to jest kwestia, która wymaga uregulowania prawnego. Padło już na tej sali zapewnienie, że sprawa e-papierosów w Polsce będzie uregulowana prawnie w maju-czerwcu. Mamy czerwiec, więc chciałabym zapytać, panie ministrze, czy cokolwiek wiadomo o uregulowaniu prawnym w stosunku do e-papierosa?

Niestety, e-papieros wchodzi już do szkół gimnazjalnych, jest powszechny, i problem braku uregulowania tego w prawie skutkuje ewidentnie tym, że nie ma tego jak zakazać. Tak, więc e-papieros staje się powszechny, modny szczególnie w młodych gremiach a, jako czysta nikotyna działająca na drzewo oskrzelowe, jest bezpośrednim czynnikiem rakotwórczym. Tak więc e-papieros na pewno nie jest lekarstwem na palenie i wymaga uregulowania w jakiejś formie, tym bardziej, że większość państw to reguluje.

Chcę jeszcze wrócić do mammobusów i zwrócić uwagę na pewną rzecz, którą my obserwujemy „na dole" (mówiąc brzydko)brak koordynacji przyjeżdżania tego sprzętu do placówek. Często jest tak (a pracuję w gminie), że nagle – a zdarzyło się tak ostatnio – dwóch biło się o przyłącze elektryczne. Nie mówiąc już o tym, że mamy potem ewentualnie duży problem w kwestii pacjentek, które z tych mammobusów korzystają.

Odnosimy wrażenie (bo, oczywiście, nie mamy w to wglądu), że chodzą tam ciągle te same osoby, i wcale nie w odstępach czasowych, więc narażenie na napromieniowanie jest przeogromne. Często kobiety z tego nie zdają sobie sprawy. Tu brak jakiejkolwiek koordynacji. Takie podejście nie pomaga, szkodzi.

Kolejna rzecz, która jest. Chcę poprzeć głosy, które tu padały. Oczywiście, zapobieganie, nie leczenie, czyli szeroka profilaktyka. Po raz kolejny myślę, że program narodowy nie może się opierać tylko na tak zwanym szkoleniu lekarzy POZ. Czas na to, aby to było również związane z jednej strony z zakresem, z drugiej strony, z finansowaniem a, z trzeciej strony, z kadrami, aby wynikały z tego pewne udogodnienia dla programu.

Po raz kolejny jest tu mowa o systemie powiadomień. Ja wielokrotnie o tym mówiłam. Nikt nie ma większego dostępu do pacjentek niż podstawowa opieka zdrowotna poprzez lekarza, pielęgniarkę i położną, i to nie tylko w zakresie samej cytologii, ale w ogóle w zakresie chorób nowotworowych. Nikt, tak jak lekarz POZ, nie zna mapy strukturalnej, jeżeli chodzi o genotypy i rodzinne występowanie nowotworów. Myślę, że z tej nadal się absolutnie nie korzysta. Jednak, oczywiście – jeszcze raz mówię – to nie tylko szkolenia. To jest również finansowanie takich programów, które powinny być realizowane przez podstawową opiekę zdrowotną. Może przeznaczyć środki finansowe nie tylko na zaproszenia listowe, ale również na informację i pewien nadzór, który kiedyś, za bardzo dawnych czasów był a potem, niestety, „wybył".

I kolejne pytanie – na ile programy nowotworowe, programy kontroli typu cytologia, wejdą wreszcie w obowiązki medycyny pracy. Ja nie mówię, żeby oni je robili, ale, żeby jednak była sprawdzalność. A biorąc jeszcze pod uwagę sprawy badań medycyny pracy, które mają wejść od nowego roku, to – niestety – widzę to czarno. A to obejmuje ten przedział wiekowy młodych kobiet i mężczyzn, w zakresie którego medycyna pracy również w te programy nowotworowe powinna zdecydowanie wchodzić. My również tego nie widzimy.

Tak więc, to jest ten zakres, jaki w tej chwili widzimy, jeżeli chodzi o program. I, z jednej strony, dobre notowania a, z drugiej strony, ciągle duże niebezpieczeństwo.

I to, co chcę podkreślić: cały czas nierówność w zdrowiu. Niestety, ciągle to obserwujemy – inna jest dostępność w dużych miastach a inna w małych miejscowościach. To budzi duże problemy.

Myślę, że narodowy program powinien baczyć na to, żeby nie tylko były jednostki w dużych miejscach, ale również była dostępność dla pacjentek w terenie.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pan prezes Kucharewicz, bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej Marek Jędrzejczak:

Nie, to ja – Marek Jędrzejczak, Naczelna Izba Aptekarska.

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, ja chciałbym zapytać i jednocześnie zgłosić akces, ponieważ nie wiem, czy państwo wiedzą, ilu pacjentów dziennie odwiedza apteki w Polsce. To jest od 1,5 do 2 mln ludzi dziennie. Wzorem innych krajów europejskich, pracownicy fachowi, pracownicy medyczni czyli farmaceuci, również powinni brać udział w tych programach profilaktycznych, jeżeli chodzi o wczesne ostrzeganie przed chorobami nowotworowymi.

Odniosę się tutaj do tego, co powiedziała pani przewodnicząca. Widzą państwo, co dedykuje komercja palaczom. Komercja palaczom dedykuje lek na przewlekły kaszel. My się z tym spotykamy w aptekach, że pacjent po takiej reklamie przychodzi i mówi „proszę pana, ja już od kilku miesięcy kaszlę permanentnie".

Co jest bolączką w odniesieniu do chorób nowotworowych dróg oddechowych? Późna wykrywalność. Natomiast ten personel wykwalifikowany może przed takimi zjawiskami ostrzegać. Co więcej, może brać udział w konkretnych programach profilaktycznych. Dam państwu przykład. To nie są choroby nowotworowe, ale na Dolnym Śląsku apteki biorą udział w programie wczesnego rozpoznawania udarów mózgu. Wiadomo, że badania są prowadzone, ale jeszcze nie ma wyników statystycznych. Sytuacja poprawiła się po wzięciu udziału w tym programie profilaktycznym aptek na Dolnym Śląsku. Przede wszystkim ciągłe szkolenia farmaceutów... My możemy, bo – oczywiście – mamy wpływ na to, jaki program tych kształceń jest dedykowany farmaceutom co pięć lat. Bierzemy udział w tworzeniu tych programów w CMKP.

I myślę, że ten akces zgłaszany dzisiaj przeze mnie, i pytanie kierowane do pana ministra, czy widziałby udział aptek ogólnodostępnych w profilaktyce chorób nowotworowych...

Słyszałem kiedyś wspaniałą audycję na temat profilaktyki wczesnego wykrywania nowotworów głowy, szyi i twarzy. Farmaceuci również mogliby brać w tym udział. Przecież wielu pacjentów zgłasza się do nas z wyraźnymi znamionami na twarzy i szyi, które powinny być zdiagnozowane. Myślę, że jeśli farmaceuta byłby przeszkolony, to dałoby to naprawdę pozytywne wyniki.

Tak więc i akces, i pytanie do pana ministra: czy pan minister byłby w stanie przewidzieć udział aptek ogólnodostępnych i farmaceutów w programach profilaktycznych?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani…

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów Anna Nasierowska-Guttmejer:

Państwo przewodniczący, proszę państwa...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Mam gorącą prośbę, proszę się przedstawić.

Prezes ZG PTP Anna Nasierowska-Guttmejer:

Anna Nasierowska-Guttmejer, jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Patologów.

My, w ramach programu zwalczania nowotworów, realizujemy program edukacyjny. Przygotowaliśmy wytyczne, na podstawie których chcemy opracować raport elektro-

niczny, który byłby ujednolicony i jednocześnie wprowadzony w większości ośrodków w Polsce.

Chciałabym zapytać, czy w pakiecie onkologicznym jest w ogóle uwzględniona diagnostyka patomorfologiczna, ponieważ nasza diagnostyka, po pierwsze, nie jest wyceniona (jest jakby wrzucona do tych pakietów leczniczych) a to pozwala przy przetargach na badania patomorfologiczne brać pod uwagę jedynie cenę za wykonanie badania. W związku z tym, duże laboratoria analityczne, jak również tak zwane małe, garażowe pracownie, przejmują diagnostykę stosując bardzo niskie ceny dumpingowe na badania, co odbija się – oczywiście – na ich jakości.

Rozpoznanie nowotworu w onkologii zależy absolutnie od szybkości rozpoznania patomorfologicznego, ale również od jakości tego rozpoznania. Jeżeli ta diagnostyka będzie przejmowana właśnie przez te duże laboratoria i jakieś indywidualne osoby z działalnością gospodarczą, z ograniczoną możliwością (z uwagi na niskie ceny finansowe) dawania odpowiedzi, to ta diagnostyka będzie zdecydowanie przedłużona. Ponieważ te badania będą następnie rozchodzić się do centrów onkologii, będzie to wydłużać czas w konsultacjach i wykonywaniu badań dodatkowych itd.

W związku z tym, nasz ogromny apel o to, abyśmy mogli wprowadzić raporty elektroniczne, które mogłyby to ujednolicić i doprowadzić do tego, że ta diagnostyka byłaby szybsza i lepsza, i abyśmy również mogli mieć orientację w cenie badań patomorfologicznych.

Chciałabym jeszcze tylko powiedzieć, że już kilka lat czekamy na rozporządzenie ministra w sprawie diagnostyki patomorfologicznej, które uporządkuje prace w zakładzie a także – ujednolici referencyjność zakładów patomorfologii.

Chciałabym również wspomnieć o czasie pracy. Jest to dla nas bardzo palący problem, gdyż przechodzenie na kontrakty często wiąże się z tym, że lekarze pracują w późnych godzinach, wykonują prace na akord, nie mają kontaktu z klinicystami, z onkologami i ta praca wygląda zupełnie inaczej. A z drugiej strony, automatycznie mamy przedłużane zatrudnienie o 2,5 godziny, czyli o kolejne pół etatu, za te same pieniądze.

W związku z tym, jest spory bunt środowiska i nie wiemy, czy nie będzie to ścieżka do zwiększenia działalności tych tak zwanych garażowych zakładów patomorfologii i zatrudniania się w dużych laboratoriach, co będzie automatycznie skutkować opóźnioną i na pewno gorszej jakości diagnostyką. Na całym świecie promuje się zakłady patomorfologii przy uniwersytetach, dużych szpitalach, dużych ośrodkach onkologicznych i takie szpitale o wysokiej referencyjności są dofinansowywane. I właśnie ta zasada – o co prosimy – jest umieszczona w rozporządzeniu dotyczącym diagnostyki patomorfologicznej, na które już dość długo czekamy.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję pani profesor za ten głos.

Pozwolę sobie jeszcze dopytać, bo poruszyła pani też tę ważną kwestię, o której ja też powiedziałem, związaną z wydłużeniem czasu pracy. Umówmy się, że to był też jeden z elementów zachęty w kierunku robienia specjalizacji z patomorfologii. Nie da się przeprowadzić skutecznie pakietu onkologicznego bez odpowiedniej liczby patomorfologów, przy czym – co ważne a nie wszyscy są lekarzami, więc nie wszyscy to muszą wiedzieć – jest też specjalizowanie się w państwa dziedzinie.

Ja sam wiem, w wyniku biopsji, które robiłem z udziałem patomorfologów, że kto inny zna się na cytologii mózgowia, kto inny na tarczycy itd., itd.

Gdyby pani profesor była uprzejma o tym powiedzieć, bo to jest kwestia liczby patologów i tego, na ile, również w ramach dyskusji o onkologii, powinniśmy jako państwo podjąć strategiczną decyzję o tym, by szerzej otworzyć możliwość specjalizacji w dziedzinie patomorfologii, stworzyć jakieś zachęty. Jedna zachęta ubędzie, ale trzeba szukać innych rozwiązań.

Prezes ZG PTP Anna Nasierowska-Guttmejer:

Bardzo dziękuję za głos pana przewodniczącego.

To jest bardzo ważny problem, gdyż patomorfologów czynnie pracujących jest około 400, rezydentów jest około 130, ale to są także ci, którzy x lat temu zrobili pierwszy stopień specjalizacji. W związku z tym, jedną z tych zachęt był pięciogodzinny dzień pracy. Natomiast, w tej chwili wydaje mi się, że nawet – jeżeli zgodzą się lekarze i będą pracować w tym dłuższym wymiarze godzin – to część zdecydowanie przejdzie do innych zakładów. Tak, jak mówiłam, to nie będą renomowane zakłady patomorfologii, tylko zakłady o niższej referencyjności i, w związku z tym, ubędzie patomorfologów doświadczonych, którzy bez przerwy muszą się szkolić i mieć kontakt z klinicystami.

Z kolei, my jako towarzystwo patologów, wyszliśmy szerokim frontem do lekarzy szkolących się i dlatego organizujemy konferencje szkoleniowe dzięki „Narodowemu programowi zwalczania chorób nowotworowych". Ponieważ kursy w ramach CMKP są prowadzone w ograniczonym stopniu, i tu ta edukacja też nie jest szeroka, połączona z małą diagnostyką, oczekujemy, że dofinansowanie naszej specjalizacji jest sprawą bardzo istotną. W krajach zachodnich, w Stanach, specjalizacja z patomorfologii w owych czasach była na pierwszym miejscu i była dofinansowana. Patolodzy byli zatrudniani w widełkach na najwyższym punkcie. I to, między innymi, spowodowało, że tam jest zupełnie inny poziom lekarzy patomorfologów i są grupy patomorfologów wyspecjalizowanych narządowo. Natomiast tu, jeśli patomorfolog przejdzie do dużego laboratorium analitycznego i będzie badać biopsje przywożone z całej Polski, to stanie się tak zwanym chałturnikiem i jakość tego badania spadnie a, jednocześnie, ta szybka diagnostyka onkologiczna w pakiecie onkologicznym nie będzie mieć racji bytu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za ten ważny głos.

Rozumiem, że pan minister odniesie się też do tego, tym bardziej, że chodzi o naprawdę... Przy tak niewielkiej liczbie osób, 100 patomorfologów więcej, to jest 25% więcej a zaangażowanie finansowe państwa na tym poziomie będzie znikome.

Bardzo proszę, zgłasza się jeszcze pan dyrektor.

Czy tak? Czy ktoś z państwa? Pan, proszę.

Nie?

Myślałem, że może tak.

Proszę uprzejmie.

Ekspert Pracodawców RP Krzysztof Kurek:

Krzysztof Kurek, Pracodawcy RP.

Chciałbym nawiązać do tych głosów, które dotyczyły weryfikacji jakości świadczeń w ośrodkach realizujących program, ale i w ogóle w ośrodkach leczniczych. Jednym z narzędzi do weryfikacji jakości są systemy akredytacji. Wiadomo, że w przypadku lecznictwa szpitalnego chyba jedynym, ale dalekim od doskonałości system akredytacji, jest akredytacja CMJ.

I stąd pytanie do pana ministra o stosunek do systemów akredytacji, a może i o etap zaawansowania prac nad systemami akredytacji ośrodków leczniczych?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Innych pytań nie słyszę, tak więc, proszę bardzo, panie ministrze, o odpowiedź.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję za wiele cennych pytań i – jak myślę – wkład w bardzo owocną dyskusję.

Szczególnie dziękuję pani przewodniczącej Małeckiej-Liberze za ten wspólny wysiłek i nieustające stymulowanie Ministra Zdrowia do podejmowania działań, które – rzeczywiście – w pewnym stopniu zmodyfikowały kierunki i środki używane w narodowym programie a efektem tego jest, tak bardzo przez nas wszystkich oczekiwany, wzrost skuteczności tego programu jako całości.

Zacznę od tego, że – przede wszystkim – dziękuję za te głosy o punktach stycznych, jak mówił pan poseł Orzechowski, czy komplementarności pomiędzy pakietem onkologicznym a programem narodowym. Tu, rzeczywiście, mamy do czynienia z komplementarnością, bo przecież pakiet onkologiczny odnosi się przede wszystkim do medycyny

naprawczej, do świadczeń opieki zdrowotnej i sposobów organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach medycyny naprawczej, czyli – wykrywania, przesyłania pacjentów, zasad współpracy pomiędzy poradnią specjalistyczną a POZ i pomiędzy ośrodkami leczącymi nowotwory a lecznictwem stacjonarnym zamkniętym a potem POZ *follow up*'em, czasami terminami, jakie wprowadza pakiet onkologiczny na rozpoczęcie diagnostyki – o czym mówił pan przewodniczący Hoc – na czas od momentu rozpoznania nowotworu do pełnej diagnostyki i wdrożenia właściwego leczenia. To są te standardy, do osiągnięcia których zmierzamy.

Natomiast, program narodowy wtedy, kiedy był uchwalany, tak naprawdę, niósł ze sobą dwa cele. Po pierwsze, w znacznej mierze został osiągnięty cel inwestycyjny, czyli spowodowanie znaczącej poprawy dostępności, jakości i ilości sprzętu, unowocześnienie sprzętu, który w momencie, kiedy w tragicznej sytuacji Wysoka Izba uchwalała program narodowy, rzeczywiście, był przestarzały, zdezelowany, z minionej epoki i nieodpowiadający wymogom współczesnego świata, choć nadal widać potrzebę jego kontynuacji.

A drugi, bardzo istotny element narodowego programu, to wdrożenie nowoczesnych i skutecznych mechanizmów profilaktyki, w tym profilaktyki pierwotnej a także profilaktyki drugorzędowej, czyli wczesnego wykrywania nowotworów, w kierunku poprawy wyników leczenia.

Odnośnie do poprawy wyników leczenia, te pytania pojawiały się w wypowiedziach wielu państwa posłów. Pamiętajmy, że na wyniki leczenia wpływa przynajmniej kilka elementów. Po pierwsze, wczesna diagnostyka, bo my, lekarze, wiemy o tym, że nowotwór wykryty we wczesnej fazie choroby daje znacznie lepsze wyniki leczenia niż w zaawansowanej fazie. Po drugie, od momentu wykrycia do momentu właściwego zdiagnozowania i nakierowania pacjenta na właściwe leczenie mija pewien czas, którego wymagają system, proces diagnostyki, proces ustalania właściwej diagnostyki a także docierania do odpowiednich miejsc i ośrodków, które nią kierują. I tym drugi elementem zajmuje się pakiet onkologiczny. A trzecim elementem, niezwykle istotnym, jest to, żeby to leczenie, kiedy już się rozpocznie, było właściwe.

Świat wytworzył konsensusy naukowe, standardy. Te standardy są spisane, towarzystwa naukowe je mają, konsultanci je mają. Są elementami treści nauczania, programów nauczania, szkolenia kadr medycznych, ale praktyka pokazuje, że standardy są różnie respektowane. Mówił o tym pan poseł Hoc, wskazując, że wiele ośrodków rozmija się ze standardami. Temu właśnie służą audyty. Jeżeli na początku programu wykonywano badania przesiewowe i nie kontrolowano ich jakości, w którymś istotnym momencie postanowiono sprawdzać, na ile te ośrodki są wiarygodne i wtedy okazało się, rzeczywiście, że część ośrodków nie spełnia kryteriów, nie spełnia standardów i nie przechodzi pozytywnie audytu.

Pan przewodniczący pytał, co z nimi się stało. Został z nimi zerwany kontrakt, ale równolegle podejmowane są działania edukacyjne w kierunku kadr medycznych, służące temu, żeby coraz bardziej podnosić jakość udzielania świadczeń. Bo to, co jest najsłabszym elementem każdego systemu, to – niestety – kapitał ludzki. Nie dość, że pacjent z konkretną chorobą w określonym stadium zaawansowania trafi do odpowiedniego miejsca, to jeszcze w tym miejscu ktoś go musi odpowiednio przyjąć, odpowiednio zakwalifikować i wdrożyć odpowiednie leczenie, które musi być adekwatne do tego, co jest wpisane w standardzie. Zatem, standard trzeba najpierw znać a potem mieć narzędzie, żeby go użyć i właściwe zastosować.

Bez wątpienia zgadzam się z tezą, że włączenie do szybkiej ścieżki onkologicznej musi też wynikać z przejścia pacjenta przez program przesiewowy, o czym mówił pan przewodniczący Orzechowski. Pytał pan przewodniczący, czy nie stanie się to olbrzymim programem przesiewowym, i czy nie będzie to w ogóle ogólnopolski skrining.

Nie wiem, dlatego, że pakiet onkologiczny zakłada pewną czułość, która będzie wynagradzana. To znaczy, z jednej strony zakłada istotne elementy, jakimi jest edukacja kadr medycznych i podnoszenie świadomości onkologicznej, wiedzy i zdolności rozpoznawania symptomów choroby nowotworowej a, z drugiej strony, wnosi też pewną generalną zasadę, że nie ma limitów, że łatwiej jest wysłać pacjenta na właściwą ścieżkę diagnostyczną, trzeba go tylko najpierw odpowiednio zdiagnozować.

Oczywiście, standardy diagnostyki są. Co więcej, poszerzyliśmy pakiet badań, który jest dostępny w ręku lekarza rodzinnego, także budując jego odrębne finansowanie, by nie było tak, jak dzisiaj (bo dzisiaj wadą naszego systemu jest to, że budżet lekarza rodzinnego jest jeden i, tak naprawdę, sprywatyzowane w znakomitej większości placówki podstawowej opieki zdrowotnej decydując się na pogłębienie diagnostyki a zarazem na inwestycję w zdrowie pacjenta, równolegle robią to na swoją niekorzyść finansową), bo *de facto* konsumują środki, które stanowią ich łączny przychód i koszty uzyskania tego przychodu a zatem jest to dla nich niekorzystne. Dlatego najłatwiej wysłać pacjenta na inne poziomy opieki zdrowotnej, co nie jest wynikiem złej woli, tylko raczej złej organizacji.

Przecież naturalną cechą ludzką jest to, że ludzie dążą do tego, by uzyskiwać jak największy poziom efektywności swojej pracy, w tym przypadku mierzonej zyskiem. Jest to absolutnie naturalne.

A zatem te programy, w tym zakresie będą się uzupełniać. I nie przerodzi się to w masowe wysyłanie, dlatego, że wprowadzamy analizę czułości. Będziemy oceniać, jaka jest pożądana czułość. Założyliśmy pierwotnie 1 na 15, może 1 na 10, to – oczywiście – jest kwestia elastyczna, zmienna, którą będziemy dostosowywać w ramach tego, jak ten system będzie się rozwijać. Chodzi o to, by promować tych, którzy są najbardziej skuteczni, czyli tych, którzy mają czułość diagnostyczną opisaną w pewnym przedziale tolerancji uznanej przez nas za czułość wystarczającą – 1 na 15. Czyli, 1 na 15 jest, rzeczywiście, pacjentem onkologicznym. Uznajemy, że jest to wynik dobry i taki lekarz jest premiowany.

Jeżeli ma gorsze wyniki i – mówiąc kolokwialnie – strzela ślepakami, to – rzeczywiście – powinien przejść dodatkowe szkolenie. Nie uzyska tych profitów finansowych, bo wiadomo, że wtedy taki przesiew czy takie skierowanie na szybką diagnostykę jest niedobre dla pacjenta, bo przecież jest to budowanie lęku. Nie dość, że jest to wydatkowanie środków publicznych, ale już nie o to chodzi – jest to budowanie niepotrzebnej diagnostyki, narażanie pacjentów na stres, na lęk przed posiadaniem nowotworu, na wykonywanie często inwazyjnej diagnostyki, która jest w tym przypadku niezasadna.

Pan przewodniczący poruszył kwestię zmian w piersiach. To jest w ogóle wielki problem dyskusyjny na arenie międzynarodowej. My jesteśmy aktywnymi uczestnikami tej dyskusji. Być może część z państwa o tym nie wie, ale duże badania epidemiologiczne, które zaczęły się pojawiać na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat, coraz częściej podważają zasadność populacyjnego skriningu w kierunku wykrywania raka piersi. Dyskusja akademicka w środowiskach naukowych trwa wszędzie na świecie. Niektóre kraje (w Europie, na przykład, Szwajcaria) już dzisiaj wycofują się z przesiewowego badania w kierunku raka piersi uznając, że jest to metoda, która faktycznie – według niektórych danych statystycznych – nie przedłuża życia pacjentów a zwiększa ilość wykonywanych procedur medycznych. Czyli, jako przesiew jest to nieskuteczne działanie, nieskuteczna interwencja zdrowotna, bo przesiew ma sens, jeżeli zmieniamy historię naturalną choroby, jeżeli zmieniamy stan zdrowia populacji. Wtedy przesiew ma sens. W innych przypadkach przesiew nie ma sensu. To nie znaczy, że nie należy diagnozować pacjentów. Jeżeli jednak robi się dużą populacyjną interwencję zdrowotną...

To jest też trochę odpowiedź na pytanie pana posła Hoca, dlaczego wybrane takie przedziały wiekowe. Oczywiście, pacjenci chorują na raka szyjki macicy i raka piersi w każdym wieku, bo pewnie kazuistyka medycyny zna zachorowania na te nowotwory od 1. roku życia do wieku 100 lat, ale – żeby program przesiewowy, interwencyjny, adresowany do określonej populacji miał sens – to musimy mieć pewność, że on zmieni stan zdrowia tej populacji. I jesteśmy przekonani, że jeżeli wykonamy badania cytologiczne w populacji dwudziestolatek to bardziej narazimy je na powikłania wynikające z tego badania (chociażby stres, czy powikłania samej procedur pobierania, choć ona jest nieinwazyjna, ale zawsze) niż uzyskamy korzyści terapeutycznych dla tej populacji, czyli ilości wyleczonych pacjentów, którym uratujemy życie, którym zmienimy historię naturalną choroby.

Stąd są te bramki wiekowe. One nie wynikają ze złej woli, one wynikają z analizy epidemiologicznej i zostały potwierdzone rekomendacjami Rady Unii Europejskiej a te zresztą opierają się na badaniach naukowych...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeśli można, to jedno zdanie pan poseł Orzechowski...

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie ministrze, jedno zdanie *ad vocem*, odnośnie do tych obaw dotyczących wejścia dużej grupy populacyjnej Polaków na ścieżkę onkologiczną.

Ktoś kiedyś w trakcie jednego z wykładów dotyczących diagnostyki onkologicznej powiedział, że nie sztuką jest podejrzewać i wysłać pacjenta na badania diagnostyczne w kierunku podejrzewanego nowotworu. Sztuką jest obejrzeć coś w ultrasonografii czy w trakcie badania rentgenowskiego i powiedzieć, że to nowotworem nie jest. I dlatego teraz, kiedy mamy taki a nie inny stan kadr medycznych (bo wymagamy ciągłego szkolenia), będzie sytuacja, że pacjenci będą zgłaszali się z obawami, że to jest nowotwór a lekarz będzie mieć po części związane ręce. Ruszamy z dużym programem diagnostycznym i będziemy mówić „OK. Ja cię wysyłam na szybką ścieżkę".

Oczywiście, część lekarzy będzie mieć lepszą weryfikowalność tego, o czym mówi pan minister, część – gorszą, ale sytuacja będzie taka, że nagle spora grupa pacjentów trafi do tej diagnostyki. I żeby nie było sytuacji takiej, że nagle będą wąskie gardła, czyli – ta szybka diagnostyka, zamiast się nam poprawić, opóźni się.

W związku z tym, jeszcze jedno ważne zdanie – to, o czym mówiła pan doktor odnośnie do weryfikacji i rzetelności badań histopatologicznych. Bo, tak naprawdę, kluczowym i finalnym badaniem nie jest badanie obrazowe, tylko weryfikacja histopatologiczna a teraz już pewnie genetyczna czy dotycząca tego, co mamy jako nowotwór, bo – o czym mówił pan poseł Ziętek – dzisiaj terapie i nowotwory są specyficzne dla pacjentów a nie dla grup nowotworowych.

Dlatego, jeszcze raz podkreślam, że histopatolodzy będą tu odgrywać kluczową rolę jako finalni weryfikatorzy tego, z czym mamy do czynienia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeżeli mogę, panie ministrze, pan przewodniczący Orzechowski ma całkowitą rację.

Muszę powiedzieć, że się z tym wielokrotnie spotykałem jako radiolog.

Powiem panu więcej. Widzę jeszcze inny problem *à propos* pakietu onkologicznego i tego wszystkiego, bo – pracując w szpitalu uniwersyteckim – czasem obserwowałem tego pacjenta, kiedy przechodził przez różne badania. Czasem wynik histopatologiczny ostatecznie weryfikował podejrzenia a czasem inne badania diagnostyczne to weryfikowały. Na przykład, w przypadku zmiany, która – mówiąc najprościej – była widoczna na zdjęciu rentgenowskim, to w tomografii komputerowej widać, że zmianą nowotworową nie jest.

Natomiast, jeśli schodzimy z tym wszystkim szczebel niżej, również w ramach pakietu onkologicznego, to nie dysponując tym wszystkim trzeba będzie się zastanowić, co się dzieje w sytuacji, kiedy ja – mając choćby wspomniane zdjęcie – mam pewne podejrzenia, bo muszę je mieć. Czy ja już w tym momencie uruchomię całą tę procedurę, czy nie? Ten pacjent trafi do poradni, trafi do lekarza rodzinnego z opisem (gwarantuję panu, że każdy powie, sto procent racji) i trzeba będzie wykonać tomografię komputerową, żeby zobaczyć tę powiększoną wnękę, jaki jest charakter tej zmiany.

Pytanie: czy my w tej sytuacji uruchomimy cały ciąg tego postępowania, te przyspieszone terminy, czy może nie?

Ewentualnie, jeżeli nie, to u których pacjentów uruchomimy, a u których nie i z jakimi konsekwencjami. Jest tu bardzo wiele niebezpieczeństw, biorąc pod uwagę dostęp do diagnostyki. Ja już tu wcale nie mówię o tym, że być może będzie pokusa i sugestia „to dopisz podejrzenie, bo ułatwi to życie nam lub znajomemu pacjentowi, znajomemu znajomego itd., itd.", zwłaszcza przy ograniczonych środkach finansowych, limitach i tym wszystkim.

Jeżeli możemy prosić...

Myślę, że to jest również pewna refleksja i punkt wyjścia dla naszej dyskusji już przy konkretnych artykułach.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak, ja podzielam tę obawę.

Jestem przekonany, że – po pierwsze – jest to rola opisywanych standardów medycznych, w jakiej sytuacji, co się... Jednak wiem, że czasami nie ma.

Co zrobić z pacjentką z mastopatią? To jest temat, który przewija się w medycynie, bo nie wiadomo... Ja na szczęście jestem pediatrą i rzadko się z tym problemem spotykam, ale rozumiem, że jest to problem kliniczny codzienny, bo nie wiadomo, na ile to mastopatia, co to znaczy, jakie guzy i kiedy budzą niepokój, uruchamiać diagnostykę, czy nie uruchamiać. Dlatego posługujemy się dużymi badaniami populacyjnymi. I dlatego też powiedziałem, że ta dyskusja trwa nie tylko na poziomie gabinetu lekarza pierwszego kontaktu, ale i w gremiach akademickich całego świata, i w IARC (Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem) – co zrobić z pacjentami z mastopatią, jakie jest właściwie i najbardziej dla nich efektywne postępowanie?

Jednak rzeczywiście, jeżeli zmieniamy nasz system opieki zdrowotnej i wprowadzamy nowe rozwiązania, nowy produkt (szybka ścieżka, ścieżka nielimitowana) to, rzecz jasna, będzie to pociągać za sobą pewną zmiany. Zmiany efektywne, ale też patologiczne, o których państwo mówią. Jest naturalnym zjawiskiem u każdego lekarza, że dopisze podejrzenie raka, bo pacjent będzie szybciej diagnozowany. Jednak musimy sobie na którymś etapie odpowiedzieć na pytanie, czy to jest lepsze dla pacjenta: czy zrobienie komuś pięciu badań obrazowych jest dla niego lepsze niż niezrobienie pięciu badań obrazowych?...

Myślę, że z czasem ten system zacznie funkcjonować. Oczywiście, wszyscy będziemy musieli przechodzić przez tę fazę, jak każdy. To wynika z nauk o zarządzaniu. Każda innowacja powoduje najpierw spadek efektywności a dopiero potem, po dwóch-trzech latach, osiągany jest efekt oczekiwany przez twórców. To z limitowanymi świadczeniami...

Tak, nielimitowane. Dlatego mówię, że jesteśmy przekonani...

Ja jestem głęboko przekonany, że każda zmiana w dobrym kierunku...

My sobie z nią poradzimy, aczkolwiek – oczywiście – będą zjawiska takie, czy inne, bo jest to rzecz nowa. Myślę, że za kilka lat spotkamy się w tej sali albo innej, będziemy dyskutować i dojdziemy do wniosku, że były to rozwiązania skuteczne.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to chciałbym w kolejności odpowiadać na dalsze pytania?

Pan poseł Ziętek pytał w odniesieniu do raka szyjki macicy, czy wysyłać koperty z zaproszeniami.

Dyskusja na ten temat też długo trwała. Ponieważ wiemy o tym, że zmienia się kultura, zmienia się nasz świat, jesteśmy społeczeństwem coraz bardziej zdigitalizowanym, elektronicznym, więc dyskusje toczą się w organizatorach zdrowia publicznego czy lepiej jest zaproszenia zgłaszać na Facebooku, czy twittować, czy wysyłać w kopercie. Jednak rekomendacje międzynarodowe są takie, że ciągle jeszcze imienne zaproszenie pisemne, które otrzymuje pacjentka do domu, jest działaniem skutecznym i z tego raczej się nie wycofujemy. Dlatego też, dyskutując burzliwie wokół tego tematu przez ostatnie dwa lata, zdecydowaliśmy się ostatecznie utrzymać tę formę zaproszeń imiennych. Mimo, że zdajemy sobie sprawę z tego, że koszty wysyłki są stosunkowo duże, to jest jeden z elementów budowania tej koalicji na rzecz ściągania jak największej ilości pacjentek do badania przesiewowego.

Pani dyrektor Kilkowska mówi, że do tego stopnia, że nasze zaproszenia są podrabiane, ponieważ element udziału w profilaktyce finansowanej ze środków publicznych jest elementem konkurowania o środki publiczne i, rzeczywiście, niektóre ośrodki same wysyłają zaproszenia, żeby ściągnąć do siebie pacjentki.

Odnośnie do decentralizowania szkoleń, ja się w pełni z tym zgadzam. To kolejne etapy. Zweryfikowaliśmy w tej chwili działalność WOK-ów (wojewódzkich ośrodków koordynujących). Rzeczywiście, część z ich działań oceniamy bardziej krytycznie, inne popieramy. Myślę, że jesteśmy na tym etapie programu... On się wprawdzie kończy i bez

wątpienia będzie musiał w jakiejś formie być kontynuowany, ale na pewno jednym z elementów podnoszenia efektywności jest zaangażowanie większe WOK-ów i ich działalność w społeczności lokalnej, i w ogóle promowanie idei badań przesiewowych na różne sposoby.

Pan poseł pytał też o szczepienia przeciwko HPV. Szczęśliwie, złożone zostały Ministrowi Zdrowia wnioski refundacyjne o objęcie refundacją w ramach ustawy refundacyjnej szczepień ochronnych przeciwko HPV. Po pierwsze, z jednej strony, w tej chwili funkcjonują w Polsce szczepienia, które są kupowane przez poszczególne samorządy w ramach programów zdrowotnych. Ich jest stosunkowo dużo, dlatego, że realizowane są praktycznie we wszystkich województwach, ale niekoniecznie we wszystkich powiatach. Zatem 17 tys. dziewcząt zaszczepionych w roku 2013 jest liczbą, która ciągle nie spełnia idei pełnego populacyjnego badania.

Nie ukrywam też, że z wielką nadzieją zwrócę się z prośbą o konsultację do Wysokiej Izby i ewentualną modyfikację prawa w taki sposób, żebyśmy wykorzystali możliwości refundacyjne w takim kierunku, żeby te szczepienia były maksymalnie efektywne. A efektywne będą wtedy, kiedy będą funkcjonować w ramach programu szczepień populacyjnych i programu szczepień, które nie będą objęte dodatkową odpłatnością pacjenta. Mam na myśli taki oto mechanizm, biorąc pod uwagę szczególną charakterystykę populacji, do której mnie, jako człowiekowi zdrowia publicznego, zależałoby na dotarciu, czyli populacji osób, które zwykle mieszkają w małych miejscowościach, są ubogie i mają niższe wykształcenie (podstawowe albo zawodowe) czyli tej grupy, która jest najistotniejszym celem działań Ministra Zdrowia, bo tam jest największa zapadalność na raka szyjki macicy a jednocześnie najmniej korzystny profil zachowań seksualnych, który podnosi ryzyko zapadalności.

Wydaje się, że taki program powinien być, po pierwsze – powszechny a, po drugie – darmowy, bo jednak dostępność do szczepienia w systemie aptecznym będzie się odbywać z pewną odpłatnością, wprawdzie ten cykl szczepień nie kosztuje już dzisiaj 1500 zł a po objęciu refundacją w ramach dzisiejszych przepisów prawa mógłby kosztować około 100 zł za jedną dawkę albo mniej, w zależności od producenta.

Te wnioski są procedowane, one chwilowo są wstrzymane, jeśli dobrze pamiętam. Tak więc, te prace trwają. W ministerstwie trwają także uzgodnienia z koncernami, które złożyły te wnioski. Natomiast, wydaje się, że najrozsądniejsze byłoby takie rozwiązanie, żeby to szczepienie było dostępne w ramach działań programu szczepień obowiązkowych.

Liczę na wielką przychylność i otwartość Wysokiej Izby. Może na jakimś zebraniu operacyjnym, w niedługiej przyszłości, zaproponuję kilka alternatywnych rozwiązań i wtedy, jeśli pan przewodniczący pozwoli, to chętnie przedyskutowałbym z wytypowaną przez pana przewodniczącego delegacją Komisji Zdrowia możliwe ścieżki, alternatywne rozwiązania tego w kierunku takim, żebyśmy osiągnęli efekt populacyjny. To, w moim przekonaniu, mogłoby się wiązać także z koniecznością pewnych zmian legislacyjnych, ale to jest kwestia dyskusji, i tak naprawdę – na tym etapie – większej kompetencji Wysokiej Izby niż Ministra Zdrowia.

Kiedy? Na razie one są. Wydaje się, że objęcie ich będzie możliwe w niedługiej przyszłości. Myślę, że od początku roku, jeżeli miałoby to mieć sens populacyjny, ale wymagałoby to przygotowania kilku rzeczy. Kończę w tej chwili proces analizy stanu prawnego i dlatego mówię, że chciałbym zaproponować kilka rozwiązań, które – przy akceptacji Wysokiej Izby – mogłyby zaistnieć i zadziałać.

Pani poseł Lidia Gądek pytała, jak wygląda dystrybucja materiałów promocyjnych. Wygląda coraz lepiej, tak bym chciał powiedzieć. Ona też nie powinna być scentralizowana tylko zdecentralizowana. W każdym województwie mamy biuro dystrybucyjne tych materiałów promocyjnych. Pamiętajmy, że nie wszystkie materiały, które są publikowane centralnie, mają znaczenie w programie nowotworowym. Część działań i inicjatyw środowisk lokalnych, czy działań innych służb albo spoza programu, mają znaczenie w profilaktyce nowotworów, tak jak wspomniany program „Mam haka na raka", o którym mówił prezes, pan dr Janusz Meder. Jest on kolejnym elementem znacznie podnoszącym jakość edukacji zdrowotnej i promującym nie tylko Europejski Kodeks Walki z Rakiem, ale promującym przede wszystkim wiedzę i pewne postawy społeczne wobec

choroby nowotworowej, których głównym celem jest, tak naprawdę, obniżenie poziomu lęku i przekonanie społeczeństwa, że nowotwór jest jedną z wielu chorób, z którymi można sobie poradzić, choć jest ciężka, bo – jak wszyscy wiemy – ta bariera lękowa jest czynnikiem, który najbardziej upośledza zdolność ludzi do tego, by w sposób racjonalny zachowali się w sytuacji zagrożenia chorobą nowotworową.

Pani poseł Hrynkiewicz pytała o wskaźniki poprawy – do jakich wskaźników zmierzamy i jakie są wskaźniki pięcioletnich przeżyć. To jest kontynuacja tej dyskusji, o której zacząłem mówić, że pięcioletnie przeżycia to jest efekt końcowy całości opieki onkologicznej – od programów skriningowych i od świadomości ludzi. Skuteczność systemu leczenia onkologicznego zaczyna się w świadomości potencjalnego pacjenta, który nie ma nic wspólnego z systemem opieki zdrowotnej. To jest słaby punkt, nad którym pracujemy.

Drugi efekt, to jest dostęp do programów przesiewowych, które muszą być dobrze zaplanowane, dobrze zorganizowane i nakierowane na te choroby, gdzie to ma sens, bo trzeba sobie powiedzieć szczerze, że – niestety – są takie choroby (i to jest większość chorób nowotworowych), gdzie, po pierwsze – nie ma dobrych badań przesiewowych, nie ma sensu ich robić a wdrażanie ich na siłę nie powoduje zmian populacyjnych stanu zdrowia, a powoduje ewentualnie narażenie ludzi na duże ilości procedur medycznych czy leczenia, które nie przekłada się na efekt końcowy pod postacią zmniejszenia umieralności na jakiś nowotworów ani poprawy pięcioletnich przeżyć.

A dalej są to standardy medyczne, dostęp do nowoczesnego leczenia i inne rzeczy. Dlatego, przygotowując pakiet onkologiczny, braliśmy pod uwagę kilka elementów, które są bardzo istotne i warte podkreślenia w tej dyskusji.

Po pierwsze – nie ma w Polsce obowiązku zgłaszania ani upubliczniania wyników pięcioletnich przeżyć w poszczególnych ośrodkach onkologicznych a jest to także związane z jakością leczenia w tych ośrodkach. I o ile możemy powiedzieć (bo to wiemy z danych, które pozyskaliśmy z różnych ośrodków), że mamy w Polsce doskonale rozwinięte, nowoczesne ośrodki onkologiczne, których jakość leczenia jest taka sama lub zupełnie porównywalna z najlepszymi ośrodkami w krajach europejskich to mamy również wiele ośrodków, których jakość leczenia odbiega od standardów, nawet od uznanych w kraju.

Cóż więcej powiedzieć? Nadal w Polsce jest wiele takich szpitali, gdzie wykonuje się operacje odjęcia piersi bez rewizji węzłów pachowych, co jest absolutnym błędem medycznym. Jest to ciągle wykonywane. Mimo działań interwencyjnych konsultantów krajowych czy wojewódzkich i popularyzacji wiedzy wśród kadr medycznych na ten temat, niestety, ta praktyka ciągle jest wyzwaniem, także dla Ministra Zdrowia, by ją eliminować poprzez zwiększanie audytu i nadzoru.

Pakiet onkologiczny przewidział właśnie publikowanie i informowanie ludzi o wynikach leczenia i przeżycia pięcioletniego. Generalnie możemy powiedzieć, że to, co w Polsce się zdarzyło na przestrzeni ostatnich 15 lat to poprawa tych wskaźników. One, pomiędzy rokiem... Generalnie, jeśli chodzi o badania w roku 2000, to były wskaźniki dla mężczyzn 32,9%, w roku 2005 – 37,3% ogółem. To też nie jest wskaźnik najbardziej miarodajny.

Myślę, że najlepiej wtedy mówić o nowotworze piersi albo jelita, bo tam wskaźniki pięcioletniego przeżycia są, po pierwsze – populacyjnie istotne a, po drugie – to są nowotwory, gdzie rzeczywiście ta pięcioletnia przeżywalność może być przedmiotem porównywania. Ona jest coraz lepsza.

Jeśli państwo pozwolą, poproszę pana prof. Regułę o uzupełnienie tej informacji, szczególnie o pięcioletnie przeżycie w raku jelita grubego. To jest coś, nad czym wspólnie pracujemy.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła:

Jeśli chodzi o raka jelita grubego to dane są akurat bardzo dobre, czyli chorzy, którzy mieli rozpoznanie raka jelita grubego w latach 90., i mieli ocenione przeżycie pięć lat później, żyli i mieli ten wskaźnik pięcioletnich przeżyć na poziomie 25%.

To był powód, dla którego apelowaliśmy i rozpoczął się program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Czyli, te 23% to był najgorszy wynik, wyprzedzaliśmy tylko Albanię w latach 90.

Aktualnie, odsetek pięcioletnich przeżyć w raku jelita grubego wynosi średnio 47-48%, czyli wzrósł dwukrotnie – 100%, ale trzeba też powiedzieć, że najlepsze kraje europejskie mają ten odsetek na poziomie 60%. Czyli, mamy jeszcze trochę do zrobienia. Podwojono wynik z 23 do 47% i dążymy do ideału, czyli do 60%, który jest, na przykład, w Holandii czy w Stanach Zjednoczonych), ale nie natychmiast. Te 47% to są dane dla chorych, którzy zachorowali około roku 2005.

Musimy zwykle odczekać pięć lat, żeby poznać te wyniki, mam nadzieję, że ci, którzy zachorowali aktualnie, będą mieć już powyżej 50%.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję.

Panie ministrze, proszę kontynuować.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie.

Dalej, pani poseł pytała o kryteria doboru do książeczki szybkiej diagnostyki, czy takie standardy są. Medycyna wytworzyła wiele standardów, ale wiemy o tym również doskonale, my lekarze, że nie da się stworzyć idealnego narzędzia zero-jedynkowego do tego, kogo wysyłamy, a kogo nie wysyłamy, bo zawsze jest przestrzeń na intuicję lekarską, zawsze jest przestrzeń dla nietypowych przypadków, dziwnych zjawisk, więc tego, niestety, nie da się opisać w formularzu. To nie udało się nikomu na świecie.

Nie uda się też u nas, dlatego, że medycyna jest aż tak bardzo nieprzewidywalna.

Dlatego raczej stworzymy mechanizm zachęt dla lekarzy i promowania tej czynności, pozostawiając im swobodę wyboru. Zawsze będzie tak, że ktoś będzie lepiej zdiagnozowany, ktoś będzie gorzej zdiagnozowany, bo jesteśmy różnymi ludźmi, różnimy się od siebie w sposobie uprawiania medycyny, w czujności, w dniach, tego, co zbadamy i u kogo zbadamy.

Zatem, tego – niestety – nie da się opisać tak idealnymi narzędziami, jakbyśmy chcieli.

Wydaje się, że ten system promujący w wielu krajach świata, na których wzorowaliśmy się przygotowując pakiet onkologiczny, rzeczywiście, był elementem jednym z najbardziej skutecznych. Zwracam też uwagę na to, że równocześnie poszerzyliśmy katalog badań, które są dostępne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ułatwiając wykonywanie tej diagnostyki.

Pan prezes mówi z tyłu: za ile? Oczywiście, nie za 1,20 zł. Poszczególne etapy za taką kwotę, która spowoduje, że to się będzie opłacało. Wielokrotnie mówiłem o tym, że kluczem sukcesu w ogóle całego systemu opieki zdrowotnej jest skutecznie funkcjonująca podstawowa opieka zdrowotna, bo bez wątpienia jest to najistotniejsza gałąź. Bo od podstawowej opieki zdrowotnej zależy to, czy nowotwór zostanie wykryty, czy zapadnie podejrzenie nowotworu, czy w ogóle pacjent zobaczy się z lekarzem, czy lekarz zainteresuje się pacjentem, jeśli jest na liście. Toteż oczekujemy od systemu opieki zdrowotnej, że jeśli pacjent przepada, nie ma go, że czasami system zainteresuje się, co się z nim dzieje, szczególnie, jeśli ma jakąś chorobę przewlekłą. To wszystko są elementy poprawy jakości leczenia.

Odnośnie do pytania pani poseł, do jakich wskaźników poprawy systemu leczenia onkologicznego się chcemy odnosić, powiem, że zdefiniowaliśmy pewne wskaźniki pięcioletniego przeżycia, wskaźniki wykrywania nowotworów, stadiów zaawansowania. One są powszechnie znane.

Ja bym też chętnie podjął dyskusję nad ustawą z 2005 r. ustanawiającą narodowy program, bo w moim przekonaniu – i mówię to już nie tylko jako urzędnik państwowy,

ale jako człowiek, który się zawodowo zajmuje zdrowiem publicznym – te cele programu były bardzo ambitne, wręcz niemożliwe do osiągnięcia. Bo, jeżeli celem programu, jaki zdefiniowano w ustawie, jest zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory to, biorąc pod uwagę proces demograficzny, jest to niemożliwe. Liczbowo będzie coraz więcej nowotworów w Polsce, bo jest to zjawisko cywilizacyjne. Będzie coraz więcej raka piersi, bo jest to zjawisko demograficzno-cywilizacyjne.

To, co możemy osiągnąć, to zmniejszenie zapadalności w stosunku do wielkości populacji i zmniejszenie umieralności na poszczególne nowotwory. I to się dzieje.

Na przykład, zachodzi olbrzymi postęp w mierzeniu umieralności na raka szyjki macicy. To jest nowotwór, z którym w Polsce ciągle jest znacznie gorzej niż w wielu innych krajach Europy. Jeśli porównujemy się ze Szwecją, z Norwegią z Niemcami to mówimy, że jest tragicznie, ale jeśli porównamy się z Białorusią czy Rosją, to jest znacznie lepiej. Jeśli jednak porównamy to, co było w Polsce dziesięć lat temu, dwadzieścia lat temu, to widzimy poprawę.

Praktycznie zmniejsza się zapadalność na nowotwór żołądka. To jest rak, który już staje się marginalną chorobą a wzrasta nam ilość raka stercza, raka jelita grubego, bo to są elementy demograficzne.

Płuca, ktoś mówi. Z płucem mamy zjawisko dwojakie – o tym mówił pan poseł Hoc. Po pierwsze, zachodzi zjawisko spadania ilości nowotworów w ogóle, generalnie, umieralności z powodu nowotworów płuca między rokiem 70. a czasem dzisiejszym. Jest to poprawa nieprawdopodobna, która wynika przede wszystkim ze zmniejszenia ilości palenia tytoniu. I to jest podstawowy element – o czym mówiła pani prezes Janicka – poprawy jakości walki z nałogiem palenia tytoniu. Z jednej strony, jest to element ustawodawczy.

Ja nie chcę być odebrany, jako osoba niegrzeczna w tej Izbie, ale przypominam żenującą dyskusję (i nie boję się tego powiedzieć) wokół dyrektywy tytoniowej, także w Wysokiej Izbie, która dotyczyła wyłącznie argumentów ochrony interesów rolników, wielkości dopłat i była absolutnie nakierowana (i to dotyczy wszystkich ugrupowań politycznych) wyłącznie na utrzymanie produkcji tytoniu. Wtedy argumenty zdrowotne, niestety, nie dochodziły do debaty publicznej. Cieszę się, że dzisiaj one dochodzą. Jednak z drugiej strony, elementem koniecznym do zmniejszenia zapadalności jest dalsza redukcja ilości palących.

Można powiedzieć, że generalnie jest w Polsce coraz lepiej, ale obserwujemy niepokojące zjawisko niebezpiecznego utrzymywania się jednak palenia kobiet i to tych kobiet z roczników 50., 60. To jest peleton pań, które palą najwięcej. To są naprawdę *heavy smokers*. I tam nie ma tego spadku, który osiągnęliśmy u mężczyzn.

I drugie niebezpieczne zjawisko, to jest zjawisko dotyczące utrzymywania się wysokich wskaźników i jednak niebezpiecznych zachowań ryzykownych u młodych dziewcząt. Co ciekawe, chłopcy nie, ale dziewczęta lubią tak eksperymentować, co też zresztą było jednym z postulatów proponowanych przez Komisję Europejską, kiedy mówiono o propozycji zlikwidowania i wycofania, zakazu tych opakowań, które są zaprojektowane po to, żeby być atrakcyjne dla młodych dziewcząt. Tych opakowań papierosów, które są cienkie, długie, smukłe, wyglądają jak szminka, mają ładne różowe kolory. To są takie produkty marketingowe dla kobiet. Dlatego w tamtej propozycji podjęto sugestię działania wycofującego w ogóle takie standardy ze świata. Irlandczycy wprowadzają jednolite opakowania.

Chciałem powiedzieć, że ja nie palę papierosów, ale ja chętnie pokażę. To są opakowania, które Irlandczycy wprowadzają już teraz. Irlandzki Minister Zdrowia chwalił się... cztery dni temu byłem na zebraniu EPSCO ministrów zdrowia w Luksemburgu. Irlandczycy zdecydowali się na takie mało atrakcyjne opakowania... Reakcje to jedno, ale proszę, na pewno ktoś będzie zainteresowany, warto zobaczyć.

A zatem, następne cele programu, jak osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, już są możliwe do zrealizowania i zbliżamy się do nich, ale ciągle nam brakuje. To już mówiliśmy wielokrotnie: stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju. I tu też jest coraz lepiej.

Po pierwsze, pojawił się program badań naukowych w kierunku wiedzy naukowej o przyczynach nowotworów. Po drugie, program onkologiczny spowodował znaczną poprawę dostępu do leczenia i nowoczesnego sprzętu. A po trzecie, co też rzadko mówi się w Wysokiej Izbie, ale jednak, mimo wszystkich kontrowersji ustawy refundacyjnej, to właśnie realokacja środków finansowych, dzięki ustawie refundacyjnej spowodowała, że w sposób nieprawdopodobny przez ostatnie dwa lata poprawił się dostęp do nowoczesnych terapii leków onkologicznych. Praktycznie nie ma różnic dzisiaj w dostępie do nowoczesnej chemioterapii w Polsce i w innych krajach europejskich.

Oczywiście, zawsze możemy dyskutować, że jakiś lek jest u nas refundowany, a gdzieś nie jest, albo odwrotnie, ale *in gremio* myślę, że śmiało obronię tezę, że w zasadzie nie ma różnic w dostępie do nowoczesnych technologii, które przedłużają życie i poprawiają skuteczność leczenia pacjentów.

Utworzenie systemu monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju, w poszczególnych regionach kraju, to jest działanie... Mamy rejestr nowotworów, które monitorujemy. Oczywiście, mamy świadomość tego, że on nie jest pełny, ma jakąś lukę na poziomie dziesięciu procent. Na pewno będziemy go dalej poprawiali. To są zadania, które się dalej toczą.

Potem pani przewodnicząca Małecka-Libera mówiła o wzroście badań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – czy analizowane są środki i w jaki sposób je przekazać do POZ. To jest dyskusja, która ciągle trwa. Rzeczywiście, po pierwsze, istnieje mechanizm, fizyczna możliwość, żeby każda podstawowa opieka zdrowotna mogła sprawdzić, czy pacjentka, która przychodzi do POZ, na przykład, z powodu grypy, brała udział w badaniu profilaktycznym i kiedy, a jeżeli nie brała, zwrócić jej na to uwagę.

Myślę, że w ramach dalszych działań poprawiających efektywność podstawowej opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia będzie proponowało – i głęboko wierzę, że środowisko lekarzy rodzinnych też zaakceptuje i przyjmie to z otwartością – że powinniśmy zweryfikować, także z jakimiś mechanizmami nagradzania finansowego POZ, te, gdzie więcej pacjentek brało udział w badaniu przesiewowym. Czyli, tak naprawdę, zaangażować w większym stopniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w to, by inicjowali, sprawdzali, namawiali i przypominali pacjentom o konieczności brania udziału w programach przesiewowych.

Ta dyskusja… potem niebezpiecznie w kierunku takim, czy czasem nie karać chorych, czy pacjentów, za to, że nie brali udziału. Myślę, że na pewno nie, ale takie głosy w dyskusji zawsze się pojawiają.

Pan poseł Hoc zadał trzy duże pytania, jedno potrójne. Czas od monitorowania leczenia do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia – czy były takie badania? Właśnie wdrażamy ten system nadzoru w ilości dziewięciu tygodni liczonych od-do, na diagnostykę w AOS, rozpoczęcie leczenia. To jest ten element, jedna z istotnych zmian w pakiecie onkologicznym.

Ilości nakładów nam się zwiększają, ale tutaj trudno powiedzieć, które są na profilaktykę a które na leczenie. A w ogóle, myślę, że – mówiąc o pakiecie onkologicznym – trzeba powiedzieć, że istotnym jego elementem i tych zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej (i o tym mówił pan minister Arłukowicz wczoraj) jest odejście od filozofii kontraktowania tego, co jest, czyli utrzymywania przez płatnika publicznego struktur, które się wytworzyły w rejonie, na rzecz inwestowania w zdrowie obywateli czyli czynnego udziału w rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych populacji, w rozpoznawaniu konieczności dalszych inwestycji zdrowotnych, w sensie inwestowania w zdrowie ludzi a nie – w sprzęt i struktury organizacyjne. I temu mają służyć mapy zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. One w oczywisty sposób będą także...

I to jest kolejne kryterium powiązania programu onkologicznego, tego narodowego, z naszym pakietem onkologicznym, żeby nie dochodziło już do takich sytuacji, że często środki publiczne wydatkujemy na zakup sprzętu, takiego, jaki szpital chce. Minister Zdrowia właściwie nie ma narzędzi, żeby zweryfikować, na ile on jest na tym terenie potrzebny, po czym zakupuje.

Jak wszyscy wiemy, mamy dzisiaj w Polsce chyba już trzynaście PET-ów (ośrodki pozytonowej tomografii emisyjnej) a zatem znacznie więcej niż potrzeba. Znakomita

większość z nich została zakupiona nie ze środków Ministra Zdrowia a ze środków samorządowych albo instytucji prywatnych. W każdym razie, idea całej zmiany, podnoszenia efektywności systemu opieki zdrowotnej w Polsce, którą zaproponowało Ministerstwo Zdrowia, pan minister Arłukowicz, polega na tym, żebyśmy odeszli od tej doktryny, że oto jest ładny szpital i dlaczego go Narodowy Fundusz Zdrowia nie zakontraktuje, do doktryny przeciwnej, czyli pytania, czy my potrzebujemy tego ładnego szpitala i jakie potrzeby zdrowotne w tej populacji są niewykorzystane. Bo, jeżeli mamy populację objętą problemem alkoholowym, chorobami przewlekłymi, demencją, to budowanie siódmego oddziału kardiochirurgii albo neurochirurgii w tej populacji nie jest potrzebne, nawet, jeżeli on będzie wyposażony w najnowocześniejszy sprzęt, bo ta populacja potrzebuje zupełnie innego wsparcia systemu opieki zdrowotnej.

Drugie pytanie pana przewodniczącego Hoca: o umieralność i o bramki wiekowe. Myślę, że już na to dopowiedziałem, bo to wynika z logiki testów przesiewowych.

Ambulanse – jakość, wiarygodność, czułość. To znaczy, z jednej strony – rzeczywiście – czułość badań przesiewowych jest badana audytem. Jest to konieczne, szczególnie w tak trudnych badaniach przesiewowych, jak badanie cytologiczne, gdzie...

o jest skomplikowana procedura i ona obejmuje wiele elementów, gdzie może potem powstać błąd.

Co się stało z tymi, którzy nie przeszli audytu? Narodowy Fundusz Zdrowia zerwał z nimi kontrakt.

Odnośnie do rozlokowania ambulansów, to jest – rzeczywiście – wielki problem, my nad tym pracujemy. Toteż proszę o wsparcie Wysokiej Izby, bo często dzieje się tak, że Narodowy Fundusz Zdrowia zachęcany przez Ministra Zdrowia przeciwdziała takiemu zjawisku, że mammobus zamiast jechać na wieś, gdzie jest jego miejsce, stanie w centrum dużego miasteczka pod ratuszem. Wtedy mówimy, że to nie ma sensu, ale wtedy, kiedy przeciwdziałamy tym nadużyciom, to spotykamy się nierzadko protestami ze strony społecznej. Często przychodzą listy, czasami państwo posłowie piszą do Ministra Zdrowia, dlaczego tak się dzieje i dlaczego wykluczono tę dobrą inicjatywę. To jest właśnie jeden z tych elementów harmonizacji działań, bo – rzeczywiście – są to różni świadczeniodawcy, którzy konkurują ze sobą o pieniądze publiczne. I, rzeczywiście, postawienie tego cytomammobusu przed poradnią, która jest zakontraktowana w centrum miasteczka, nie poprawi zgłaszalności 30 km dalej, na wsi czyli w tym miejscu, gdzie ma największy sens taka inicjatywa, czy taka interwencja zdrowotna, jak mammobus.

Pan przewodniczący Latos mówił o pakiecie onkologicznym i pytał, czy będziemy przedłużać narodowy program, i w jakim kierunku. Bez wątpienia, ta interwencja zdrowotna w Polsce była potrzebna. Myślę, że *in gremio* można ją ocenić... Dopiero przystępujemy do oceny, bo ona się jeszcze nie skończyła, ale – w moim przekonaniu – widać, że ona była interwencją skuteczną, choć zapewne nie wszystkie cele uda nam się osiągnąć z różnych przyczyn. Na pewno ona wymaga kontynuacji i rozbudowy, w tej lub innej formie. Nie przesądzam tego, czy to będzie forma ustawowa, czy uchwała Rady Ministrów, czy finansowana na takim poziomie, czy innym.

W moim przekonaniu, konieczne jest zwiększenie nakładów. Po pierwsze, powiązanie nakładów inwestycyjnych z potrzebami sprzętowymi. Ja nie chcę autorytarnie stwierdzać, czy należy mieć odrębny fundusz inwestycji sprzętowych, czy nie. Wiele krajów europejskich i świata ma. Wydaje się, że to jest dobre rozwiązanie, jeżeli państwo w swojej roli inwestuje w nowoczesne technologie, zakupuje sprzęty, które są potrzebne. Jest to jeden z elementów poprawy jakości i unowocześnienia leczenia. Jednak w polskiej perspektywie, najbardziej palący, w moim przekonaniu, jest problem, po pierwsze – profilaktyki a, po drugie – zagospodarowania obszarów, które do tej pory wobec działań resortu zdrowia były nieme a, mianowicie, zróżnicowania społecznego i zróżnicowania potrzeb zdrowotnych.

My żyjemy w takiej doktrynie, że obywatel ma równe prawo do świadczeń. Owszem, ma równe prawo do świadczeń, ale potrzeby zdrowotne obywatela są bardzo zróżnicowane w zależności od tego, czy obywatel jest dobrze wykształconym, bogatym mieszkańcem Ursynowa czy Wilanowa, czy też obywatel ma wiele problemów natury społecznej,

jest objęty bezrobociem, mieszka w małej miejscowości i ma problem alkoholowy. Interwencje zdrowotne, jego potrzeby zdrowotne i troska państwa powinny się różnić.

Myślę, że w planowaniu różnych działań Ministra Zdrowia, w ogóle w Narodowym Funduszu Zdrowia, w całym systemie opieki zdrowotnej w Polsce nie widać tego zróżnicowania i tego dobrego zaadresowania różnic społecznych. A biorąc pod uwagę raport Światowej Organizacji Zdrowia, który już półtora roku temu został opublikowany przy współpracy z Ministrem Zdrowia, to różnice zdrowotne w Polsce wynikające z różnic społecznych są bardzo duże. Są jedne z największych wśród krajów europejskich, czyli jest to ten obszar działań, który program narodowy będzie musiał zagospodarować w przyszłości.

Pan przewodniczący Latos pytał właśnie o to – o mapy zapotrzebowanie i zakupy sprzętowe. Po to są nam właśnie mapy zapotrzebowania, po to nam pakiet onkologiczny, żebyśmy nie tylko nie kupowali dwudziestego PET-a, bo chyba już tyle nie potrzebujemy w kraju, ale żebyśmy nie budowali, na przykład, kolejnej sali hybrydowej w tym samym szpitalu.

Pamiętam taką sytuację.

Okazało się wtedy, że ci, którzy o to wnosili, aplikowali, mówili, że mają problem, bo nie potrafią się porozumieć w ramach tego samego szpitala z kardiologami, którzy używają tę salę hybrydową. To jest kwestia organizacyjna. Oczywiście, byłoby to marnotrawienie środków publicznych...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, doprecyzuję, żebym później nie musiał się powtarzać.

Jeżeli mamy pakiet onkologiczny i mamy te zakupy, które schodzą coraz bardziej w dół, można powiedzieć, że z pakietu wynika wzmacnianie dużych ośrodków. W takim razie, w jakim kierunku idziemy, jeżeli chodzi o usprzętowienie? Czy my idziemy w tym kierunku, jak jest tutaj, w programie? Wymieniono ten sprzęt w największych ośrodkach, później stopniowo coraz niżej.

Krótko mówiąc: jak jedno ma się do drugiego – to, co wynika z pakietu onkologicznego i to, co wynika z tego?

Przy okazji, gdyby było tak dobrze, gdyby była taka dostępność, wszystko takie samo, jak na świecie (jak pan wspomniał wcześniej), to by nie było potrzeba pakietu onkologicznego, pakietu kolejkowego. Właśnie dlatego, że nie jest tak samo, to państwo – jak rozumiem – chcą to realizować.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak, oczywiście, jest zróżnicowana dostępność.

Porównując dane i ilości z dużych ośrodków miejskich, te dane różnią się od danych w mniejszych ośrodkach. Powiem tak, że rozpoznanie potrzeb na poziomie lokalnym i dopasowanie inwestycji jest tym modelem, do którego dążymy.

Oczywiście, dziś program narodowy funkcjonuje w sztywnych ramach prawnych. To są działania, które są, po pierwsze – przyjmowano uchwałą Rady Ministrów, po drugie – to są programy, które trwają, zgłoszenia, które ktoś już uzyskał, więc trudno to przeciąć jednego dnia i powiedzieć „od jutra jest już inaczej”, bo szpitale powiatowe miały obiecane, były w trakcie procedury. Natomiast, docelowo – rzeczywiście – chodzi o integrację działań, zbudowanie takiego systemu koordynowanego udzielania świadczeń zdrowotnych o dobrej efektywności, na poziomie możliwie lokalnym, żeby pacjent z chorobą nowotworową nie jeździł sto kilometrów do ośrodka radioterapeutycznego albo chemioterapeutycznego.

I temu będą służyły następne inwestycje sprzętowe.

Nie wiem, czy to jest odpowiedź...

Wiem, że mało konkretnie, ale my…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, już to rzeczywiście zostawmy, bo robi się późno.

Gdyby jeszcze pan odniósł się do kwestii związanych z normami zatrudnienia, bo to jest integralną częścią tego programu i w kontekście pakietu.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Jeżeli chodzi o normy zatrudnienia to akurat jest temat, którego ja na chwilę obecną nie znam tak głęboko, żeby przedstawić pełen obraz.

Natomiast, pamiętajmy o tym, że jesteśmy jednym z ostatnich krajów w Europie, który wycofał się z tych historycznie uwarunkowanych norm zatrudnienia. One wynikały z dużej ekspozycji zawodowej na promieniowanie jonizujące pracowników zakładów radiologii i radioterapii. Współczesne urządzenia mają już tak zaawansowany poziom ochrony radiologicznej pacjenta i pracownika, że się wycofaliśmy…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

I w patomorfologii też powinniśmy tak zrobić?

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak. I patomorfologia, oczywiście.

Odnośnie do patomorfologii, to, po pierwsze – jestem bardzo otwarty na budowanie standardów jakości i pewnych wytycznych. Myślę, że możemy w postaci standardów przygotować pewne wytyczne także dla kadr medycznych. Pamiętajmy o tym, że...

Ja dokładnie wysłuchałem słów pani profesor i myślę, że część tych postulatów można zrealizować na poziomie właściwym, czyli, na poziomie lokalnym, (na poziomie organizacji nadzoru konsultanckiego (konsultanta wojewódzkiego czy konsultanta krajowego), bo nie wyobrażam sobie, w jaki sposób Minister Zdrowia miałby uregulować to, że ktoś wykonuje swój zawód w sposób byle jaki, o czym powiedziała pani profesor. Jeżeli ktoś wykonuje badania w sposób niewłaściwy, albo – jeżeli ktoś rezygnuje z kontaktu z klinicystą, który – zdaniem pani profesor – jest wskazany w danym przypadku klinicznym, to znaczy, że uprawia zawód w sposób odbiegający od standardów jakości a to już jest kwestia nadzoru specjalistycznego. Po to są konsultanci krajowi i wojewódzcy, żeby ten nadzór sprawowali...

Znam, ale to nie znaczy, że się w ogóle wycofuję z jakichkolwiek kwestii regulacji, bo mam świadomość tego, że po pierwsze – dokumentacja medyczna (i to jest dyskusja, która się toczy w Polsce o wielu lat) nie jest właściwie rozróżniana w przypadku bloczków histopatologicznych. To jest jeden z problemów, który – tak myślę – musimy uregulować, bo on dzisiaj nie jest w ogóle uregulowany.

Odnośnie do kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia, myślę, że pozycja zawodowa patomorfologa jest taka, że oni siłą rzeczy są podwykonawcami usług, za które płaci Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach świadczenia szpitalnego. Gdybyśmy mieli zdecydować się na ścieżkę taką, że będziemy osobno kontraktować patomorfologię, to oznaczałoby to, że będziemy zmniejszali wycenę wszystkich innych świadczeń, bo należałoby z niej usunąć ocenę patomorfologiczną.

Ja jestem otwarty, na pewno pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia też jest otwarty na taką dyskusję. Trzeba wyważyć, czy to spowoduje poprawę, czy pogorszenie sytuacji. Być może kwestia jest raczej w organizacji niż w takim budowaniu.

I myślę, że warto powiedzieć o tym, bo w pełni zgadzam się z tezą, którą powiedział pan przewodniczący Latos, że to jest pewna specjalizacja. Po pierwsze – wchodzi modułowe kształcenie także w ramach patomorfologii, po drugie – uruchamiamy specjalizację pod nazwą neuropatologia, którą mogą realizować lekarze po przygotowaniu neurologicznym albo po tym module podstawowym z patomorfologii i wtedy, rzeczywiście, świadczą swoje usługi z tego węższego zakresu świadczeń patomorfologicznych.

Odnośnie do kwestii pracy, zatrudnienia na kontrakcie albo etacie, to już jest kwestia regulacji, które zostały podjęte przez Wysoką Izbę kilka lat temu. Natomiast, forma zatrudnienia w żaden sposób nie może wpływać na jakość świadczeń udzielanych przez lekarza.

O tym nawet, jak pamiętam, wypowiadał się Sąd Najwyższy w kilku wyrokach a zatem to, że ktoś jest zatrudniony w innej formie niż forma etatowa, nie zwalnia go z najwyższej jakości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zresztą mówi o tym nie tylko ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale także Kodeks Etyki Lekarskiej. Wydaje się więc, że tutaj raczej powinniśmy budować oddolne mechanizmy kontroli środowiskowej, być może kontroli społecznej i wykluczania osób, które

uprawiają medycynę w sposób niewłaściwy. Bo jeżeli dzieje się tak, że ktoś niewiarygodnie ocenia badanie to – rzeczywiście – jest to skrajnie niebezpieczne dla pacjentów, szczególnie wtedy, kiedy mówimy o onkologii i o rozpoznaniu, czy to jest nowotwór, czy nie.

Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pani profesor.

Prezes ZG PTP Anna Nasierowska-Guttmejer:

Tylko dwa słowa.

Nie chodziło mi o jakość w tym sensie, że jedni lekarze – źle, drudzy – dobrze oceniają, tylko odniosłam się do rozporządzenia odnośnie do specjalizacji z patomorfologii. Prosimy o tak zwaną referencyjność zakładów patomorfologii, dlatego, że z onkologią powinny być związane zakłady o najwyższym stopniu referencyjności, w których lekarze wykazują duże doświadczenie narządowe (o czym mówiliśmy), mają dostęp do badań dodatkowych, immunohistochemicznych, molekularnych. Zakłady o niższej referencyjności mogą wykonywać inną, drobniejszą biopsję prywatnie, itd.

O to nam się rozchodzi a nie o to, że jeden lekarz dobrze a drugi źle odpowiada. Tylko wtedy referencyjność zakładów... O tym już jest mowa od wielu lat i na to czekamy, żeby przy dużych ośrodkach onkologicznych, uniwersyteckich były zakłady o wysokiej referencyjności, w których będą pracowali lekarze, którzy będą mogli diagnozować w szybkim tempie. Natomiast zupełnie inną drogą mogą iść badania o mniejszym znaczeniu i one mogą być wykonywane poprzez jakieś ośrodki zewnętrzne, laboratoria, itd.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, myślę, że to jest dobry postulat przed pracami nad pakietem onkologicznym. Prosiłbym o rozważenie, czy nie mogłaby to być poprawka wnoszona przez rząd, aby takie rozporządzenie dołożyć do tego pakietu onkologicznego.

Naprawdę, ma to sens...

Prezes ZG PTP Anna Nasierowska-Guttmejer:

To rozporządzenie jest w ministerstwie od wielu lat i czeka na podpisanie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Wydajcie państwo to rozporządzenie. Myślę, że dopisanie tego do ustawy byłoby jak najbardziej zasadne.

Rozumiem, że nie zna pan odpowiedzi na to, co się wydarzyło w Olsztynie i, że pani poseł na piśmie otrzyma jakąś informację od państwa w ramach posiadanych możliwości sprawdzenia tego.

Czy tak?

Dziękuję bardzo.

W takim razie, szanowni państwo, musimy jeszcze zagłosować, bo – jak rozumiem – musimy to przyjąć.

Czy tak?

Musimy przyjąć Sprawozdanie z realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" w roku 2013 oraz Harmonogram zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" w roku 2014 i 2015.

Kto z państwa posłów jest za?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Niestety, nie mamy kworum, szanowni państwo, więc do głosowania będziemy musieli wrócić na kolejnym posiedzeniu Komisji.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie.